ЗНАНИЕ НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ факультет здоровья 5'85

И.Ф.Юнда, Ю.К.Скрипкин, Е.Д.Марьясис

Поговорим откровенно



НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Факультет здоровья № 5, 1985 г.
Издается ежемесячно с 1964 г.

**И. Ф. Юнда,
Ю. К. Скрипкин,
Е. Д. Марьясис**

Поговорим откровенно

(ВОПРОСЫ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ)

Издание второе,
переработанное и дополненное

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»
Москва 1985

ББК 51.204.5
Ю49

Авторы: ЮНДА И. Ф. — доктор медицинских наук, профессор; СКРИПКИН Ю. К. — член-корреспондент АМН СССР, профессор; МАРЬЯСИС Е. Д. — доктор медицинских наук, профессор.

Рецензент: Б а х у р В. Т. — доктор медицинских наук.

Юнда И. Ф. и др.

Ю49 Поговорим откровенно (вопросы полового воспитания) /Юнда И. Ф., Скрипкин Ю. К., Марьясис Е. Д. / — 2-е изд. М.: Знание, 1985. — 96 с. — (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 5).
15 к.

В брошюре освещаются медицинские и социально-психологические стороны половой жизни человека. Авторы рассматривают некоторые вопросы полового воспитания подрастающего поколения.
Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

Ю $\frac{4102000000-123}{073(02)-85}$ без объявл.

ББК 51.204.5
613.

Редактор Б. В. САМАРИН

Введение

Важной составной частью нравственно-этического и эстетического воспитания является половое воспитание. Основная его цель — формирование будущего семьянина, обладающего высокими моральными качествами, такими, как высокая гражданственность, честность, трудолюбие, сдержанность, дружелюбие, серьезное отношение к любви, умение находить прекрасное в природе и в людях, уважительное отношение к женщине.

Половое воспитание имеет ряд важных аспектов — морально-этических, нравственных и гигиенических. Поэтому вполне естественно, что в его проведении исключительно большое значение приобретает совместная работа врачей, родителей, учителей, воспитателей.

Нравственный облик людей, их человечность в огромной степени зависят от того, как происходит воспитание в семье — одной из главных ячеек общества. Ведь в семье начинается воспитание будущих отца и матери. От того, как родители сумеют заложить в душу своего ребенка основы нравственности, насколько настойчиво они с раннего детства будут прививать сыну уважение к девочке, девушке, женщине, будет зависеть гармония в будущем супружестве. Если воспитание, в том числе и половое, проводится с учетом возраста, то оно дает положительные результаты.

Но у родителей каждый раз возникает вопрос: где приобрести знания, чтобы участвовать в половом просвещении, как не допустить оплошности — ведь дети весьма восприимчивы, и любая ошибка, заключающаяся в том, что им либо вовсе не сообщаются, либо неправильно преподносятся те или иные сведения о сексуальной жизни, может принести вред.

У нас нет оснований говорить, что в этом направлении ничего не предпринимается. В Москве, например, на курсах усовершенствования учителей уже начали читать лекции по половому воспитанию школьников, Дом санитарного просвещения и Главное управление здравоохранения Мосгорисполкома разрабатывают программу курсов по гигиене и половому воспитанию, просвещению.

Надеемся, что и наша брошюра сыграет в этом направлении определенную роль.

Но вначале хочется обратить внимание читателя на некоторые общие вопросы. И. И. Мечников утверждал, и с ним нельзя не согласиться, что половое влечение нередко проявляется до общего биологического созревания и сопутствует человеку почти всю жизнь. Можно сказать, что природой в половое влечение вложен большой биологический смысл — это один из сильнейших инстинктов продолжения рода, который требует к себе должного внимания и, естественно, облагораживания. Именно облагораживания, а не тщательной маскировки, замалчивания, а порой, что присуще некоторым недальновидным родителям (да и не только им), — попыткой бороться с этим влечением. За такими попытками скрывается не что иное, как беспомощность и неумение найти нужные слова для сына, дочери.

Данные советских исследователей показывают, что первую информацию о взаимоотношениях между полами и физиологических особенностях полового созревания человека старшие школьники только в единичных случаях получают от родителей, воспитателей и врачей. Разве можно считать нормальным, что в то время как детей в основном «просвещают» случайные знакомые, подчас с оттенком вульгарности и даже цинизма, педагоги, медики, родители сомневаются: стоит ли об «этом» говорить с подростками, кому и как проводить беседы по вопросам пола?

На вопрос: когда начинать заниматься половым воспитанием, отвечает педиатр ГДР П. Нойберт: «Научными знаниями по вопросам полового воспитания необходимо вооружать даже воспитателей детских садов, где речь должна идти о воспитании правильного отношения между полами».

Учитывая, что менструации у современных девочек, проживающих в средней полосе, наступают в 12—15 лет, им в обязательном порядке нужно рассказать о том, что их ожидает, не позднее чем в 11 лет. У девочки необходимо поддерживать и поощрять развивающуюся стыдливость — эту драгоценную черту, являющуюся основой моральной устойчивости женщины.

Девочкам нужно рассказать и о том, что, по данным гинекологов и сексологов, они уже после первой менструации биологически способны к ранней беременности. Учеными и клиницистами установлено, что роды и аборты у несовершеннолетних приводят к тяжелым гинекологическим заболеваниям. И об этом должны знать как девочки, так и мальчики.

Воспитывая мальчиков-юношей, следует заботиться о профилактике ранней половой слабости, возникающей как следствие ранней половой жизни, о предупреждении венерических болезней, отрицательно сказывающихся на их половой системе.

Ученые-медики располагают достоверными данными о том, что у многих юношей даже в возрасте 17 лет еще не завершено половое созревание, следовательно, раннее вступление в половую жизнь для их здоровья чрезвычайно вредно.

Задача родителей — предупредить возникновение и развитие у мальчиков таких вредных привычек, как мастурбация (онанизм), курение, употребление наркотиков и алкоголя.

Авторы надеются, что сведения, почерпнутые из брошюры и других источников (смотрите в конце брошюры перечень литературы), не только помогут взрослым проводить половое воспитание детей, но и пригодятся им самим. А о том, что такие сведения нужны, еще говорил В. Г. Белинский:

«У нас обыкновенно думают, что девственная чистота состоит в младенческом неведении: ложная мысль! Если добродетель есть неведение, то все животные — предобродетельные особы. Добродетель девушки не в том, чтоб она младенчески не знала, но в том, чтоб она младенчески знала и, в знании, оставалась чистою и девственною».

Анатомо-физиологическая характеристика пола

Для правильного понимания многих аспектов полового поведения человека важно иметь определенные представления об анатомии и физиологии половой системы.

Половая принадлежность определяется по ряду признаков. Они подразделяются на первичные, то есть основные (семенники, или яички, у мужчин, яичники у женщин, наружные половые органы), вторичные (тип оволосения, тембр голоса, развитие грудных желез) и третичные — психологические признаки, имеющие в своей основе состояние центральной нервной системы, но развивающиеся под воздействием социальных факторов.

Определяющим отличием мужчины от женщины являются физиологические процессы, связанные с особенностями строения и функциями половых органов. Остановимся вначале на описании первичных половых признаков.

Различают внутренние и наружные половые органы. К внутренним у мужчин относятся яички, их придатки, семенные пузырьки, предстательная железа. Яички — парная мужская половая железа — закладываются в брюшной полости, а затем к рождению опускаются в кожно-мышечный мешочек, называемый мошонкой.

Яички имеют овальную форму и состоят из многочисленных канальцев, в стенках которых, начиная с периода полового созревания до глубокой старости, беспрерывно происходит процесс образования сперматозоидов. Они созревают тогда, когда мальчик достигает возраста 15—16 лет. Основной частью сперматозоида является головка. В нем различают также шейку и хвост; колебания последнего обеспечивают самостоятельную подвижность сперматозоида. Длина его составляет 0,05 миллиметра, причем хвостовая часть в 10 раз больше головки. Количество сперматозоидов, выделяемых при однократном семяизвержении, весьма велико: в 1 кубическом сантиметре семенной жидкости их содержится 60—100 миллионов.

Кроме выработки сперматозоидов, яички выполня-

ют и другую функцию: они образуют мужской половой гормон — тестостерон, андроген (от греч. andros — мужчина).

К яичкам тесно прилегают и окружают их придатки, имеющие форму подковы. В них происходит окончательное созревание сперматозоидов. Придаток состоит из головки, тела и хвоста, который переходит в семявыносящий проток. Последний, выходя из мошонки, проходит через паховый канал в брюшную полость к задненижней части мочевого пузыря, где соединяется с выводным протоком семенного пузырька, образуя семяизвергающий проток. Он пронизывает предстательную железу и открывается в мочеиспускательном канале.

Важную роль в половой деятельности мужчины играет предстательная железа (простата). В древности ей придавали особое значение и даже называли «вторым сердцем» мужчины. Она имеет дольчатое строение, по форме и величине напоминает каштан. Ее выводные протоки открываются непосредственно в задний отдел мочеиспускательного канала. Простата выделяет вещества, способствующие половому возбуждению и активизации сперматозоидов.

Над предстательной железой располагаются парные удлиненно-грушевидной формы железистые органы — семенные пузырьки, вырабатывающие студневидной консистенции секрет, который является основной (по объему) частью спермы. Он содержит биологически активные вещества, в частности фруктозу, которая является энергетическим субстратом, обусловливающим жизнеспособность сперматозоидов.

Половые железы находятся в тесной функциональной взаимосвязи с другими эндокринными железами (передняя доля гипофиза, кора надпочечников, щитовидная железа) и центральной нервной системой.

К наружным половым органам относится половой член (пенис) и мошонка — вместилище для яичек и придатков. Половой член образован тремя пещеристыми телами. Последние представляют собой густую сеть кровеносных сосудов. Степень их кровенаполнения легко изменяется в покое и в возбужденном состоянии, что обусловливает плотность и величину полового члена.

Возбуждение полового члена носит название эрекции. Последняя зависит от психических факторов, а также местного раздражения нервных окончаний.

Половые органы женщины делятся на наружные и внутренние. Наружные ограничены выпячивающимися кожными складками — большими половыми (срамными) губами, между которыми находятся малые срамные губы — вторая пара кожных складок более нежного строения, напоминающая по своему виду слизистую оболочку.

В толще малых половых губ расположены бартолиниевы железы, выделения которых способствуют увлажнению влагалища. Снизу и сзади малые половые губы переходят в большие, а сверху и спереди оканчиваются у основания клитора.

Клитор представляет собой образование, покрытое очень тонкой кожей и снабженное густой сетью кровеносных сосудов и нервных окончаний. Он играет весьма важную роль в половых ощущениях женщины. Ниже клитора находится наружное отверстие мочеиспускательного канала.

Между наружным отверстием мочеиспускательного канала и задней спайкой половых губ располагается вход во влагалище, прикрытый у девочек девственной плевой — гименом (от Гименея — мифического бога семьи и брака). Древнее латинское название ее flos (цветок); отсюда возник термин «дефлорация» — нарушение целости девственной плевы. Она представляет собой тонкую соединительнотканную перепонку с одним или несколькими мелкими отверстиями, через которые у девушек, не живших половой жизнью, при менструации выделяется кровь.

Кроме описанной типичной девственной плевы встречаются и другие ее формы. Принято выделять несколько разновидностей девственной плевы: кольцевидную (с одним отверстием посредине), полулунную, трубчатую, губовидную, килевидную, валикообразную (разновидность полулунной). Могут быть также дольчатая, бахромчатая, спиральная, лепестковидная, зубчатая, решетчатая, перегородчатая формы.

У некоторых женщин девственная плева обладает

врожденной чрезмерной растяжимостью и вследствие этого не разрывается не только при первом половом сношении, но и даже при рождении первого ребенка. Понятно, что при первом половом сношении в таком случае кровотечения не будет.

Девственная плева имеется только у человека. Ее нет у животных, хотя некоторые исследователи находили ее в рудиментарном виде у слоних, кобылиц, медведиц и низших обезьян. Физиологическая роль девственной плевы окончательно еще не выяснена. Очевидно, природой внутренние половые органы отделены от наружных с помощью перепонки с целью предохранения от загрязнения и инфицирования.

У девственниц и нерожавших женщин вход во влагалище представляет собой довольно плотно смыкающуюся щель, у рожавших она немного приоткрыта.

Тотчас за девственной плевой начинается влагалище, имеющее форму растяжимой трубки длиной 8—12 сантиметров, покрытую изнутри слизистой оболочкой. Ее поверхность образует ряд мелких складок. Во влагалище здоровой женщины содержится большое число особых микробов — палочек Дедерлейна, которые выполняют защитную функцию, то есть задерживают развитие болезнетворных микроорганизмов и тем самым препятствуют развитию воспалительных процессов.

Внутренними женскими половыми органами являются яичники (парный орган), расположенные в нижней части брюшной полости и имеющие форму, близкую к овальной (в виде мелкой сливы). Они состоят из двух слоев — поверхностного коркового и более глубокого мозгового. В корковом слое находится большое количество ячеек, называемых фолликулами, где заложены яйцевые клетки (яйцеклетки). Каждые 21—30 дней один-два или несколько больше фолликулов, достигнув окончательного развития, вскрываются, и свободная яйцеклетка попадает в брюшную полость. Этот процесс называется овуляцией. Затем яйцеклетка проникает в маточную трубу, куда во время полового акта из влагалища через матку устремляются сперматозоиды.

Время после овуляции считается наиболее благоприятным для наступления беременности. На месте лопнувше-

го фолликула образуется небольшой сгусток крови. В нем развивается так называемое желтое тело, которое вырабатывает половой гормон.

Глубоко в полости малого таза расположен полый орган грушевидной формы — матка. Она состоит из мышечной ткани, способной сокращаться, выталкивая во время менструации кровь, а при родах — плод. По боковым поверхностям от нее отходят маточные трубы — полые трубчатые образования, которые наружным своим концом примыкают к поверхности яичников.

Гормон желтого тела создает благоприятные условия для оплодотворения яйцеклетки. Если оно не произошло, желтое тело прекращает функционировать и рассасывается. При этом поверхностный слой слизистой матки отторгается, что проявляется наступлением менструации. Последняя продолжается 3—5 дней, повторяясь регулярно через каждые 21—30 дней.

При менструации происходят определенные изменения во всем организме женщины, которые выражаются в недомогании, снижении трудоспособности, легкой раздражительности. В этот период женщине не рекомендуется заниматься спортивными упражнениями, выполнять тяжелую физическую работу.

Часть матки, обращенная к влагалищу, называется шейкой. В шеечном канале имеются железы, вырабатывающие слизь, которая, закупоривая наружное отверстие шейки, предохраняет полость матки от попадания микроорганизмов. При половом акте сокращениями мышц матки слизистая пробка выталкивается, что создает возможность проникновения сперматозоидов в матку, но вовсе не является обязательным условием для оплодотворения.

Общее и отличительное в анатомии мужчин и женщин

Анатомически половая система мужчины и женщины имеет не только различия, но и определенное сходство.

Общим можно считать то, что у мужчины и женщины есть наружные и внутренние половые органы. В по-

следних ведущую роль играет половая железа. Остальные образования представляют собой пути движения половой клетки и добавочные железы, выделяющие соответствующий секрет для обеспечения жизнеспособности половой клетки. Например, выделившийся из яичка сперматозоид проходит придаток яичка, семявыносящий проток и уретру (мочеиспускательный канал). Путь женской яйцеклетки из яичника также многоступенчатый: брюшная полость, маточная труба, полость матки и влагалище.

Сходство в строении мужской и женской половой системы не случайно. Оно имеет глубокие биологические корни. В зародыше и женская и мужская половая система развиваются из одного зачатка. Некоторое время пол дифференцировать невозможно, и лишь на третьем месяце внутриутробной жизни начинают проявляться половые различия, которые в дальнейшем выделяются все рельефнее и обусловливают не только анатомические, но и физиологические особенности пола. В частности, для женщин характерны меньший средний рост и вес, чем у мужчин, округлые формы тела. Это объясняется тем, что у девочек раньше наступает половое созревание. В результате в их половых железах активно продуцируются половые гормоны, а последние, являясь антагонистами гормона роста, вызывают остановку роста, перестройку обмена веществ с развитием подкожного жирового слоя.

В период полового созревания у девочек в отличие от мальчиков начинают быстро развиваться молочные железы, которые в последующем продуцируют молоко. Особенно быстрый рост молочных желез происходит с наступлением менструаций. Однако полное их формирование и развитие наблюдаются в период беременности и кормления ребенка. Молочные железы содержат 15—20 долек, соединенных между собой наподобие грозди винограда. Выводные протоки железистых долек впадают в молочные ходы, а последние открываются в форме точечных отверстий на соске. Во время кормления ребенка при легком надавливании на сосок из него выделяется молоко.

У женщин преобладает грудной тип дыхания, что

обеспечивает свободное дыхание во время беременности, когда диафрагма смещается кверху под давлением увеличенной матки. Мужчинам же свойствен грудобрюшной тип дыхания.

Строение таза у женщин отличается от мужского большей емкостью, шириной, связочно-хрящевое соединение костей таза у первых более податливо на растяжение. Большая ширина и вместительность таза увеличивают объем брюшной полости. Указанные анатомические особенности женского организма создают благоприятные условия для размещения беременной матки, течения беременности и родов.

Наконец, следует отметить некоторые особенности распределения высокочувствительных нервных окончаний, воспринимающих и усиливающих половое возбуждение, — их принято называть эрогенными зонами.

У мужчин наиболее чувствительными эрогенными зонами считаются слизистая оболочка губ рта, головка полового члена, кожа полового члена и в особенности крайняя плоть, мошонка, нижняя часть живота (в том числе лобок), внутренняя поверхность бедер, промежность, ягодицы.

У женщин к числу эрогенных зон относятся: слизистая оболочка губ рта, грудные железы (в особенности соски), кожа нижней части живота (включая лобок), внутренняя поверхность бедер, промежность, ягодицы, половые губы (особенно малые), клитор, область входа во влагалище, влагалищная часть матки (шейка матки).

Вышеназванные эрогенные зоны считаются типичными для большинства людей. Встречаются еще индивидуальные эрогенные зоны, которые наблюдаются сравнительно редко. К ним относятся: слизистые полости рта, языка, кожа затылка, заушная область, шея, надплечья, внутренняя поверхность локтевого сгиба, спина. Индивидуальные эрогенные зоны чаще встречаются у женщин.

К перечисленным наружным эрогенным зонам, в основе возбудимости которых является тактильное (от прикосновения) раздражение, следует добавить еще дистантные, действующие на расстоянии, более сложные механизмы возбуждения и регуляции половой функции.

К ним относятся зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и психо-эмоциональные восприятия.

Регуляция половой функции

Человек всегда стремился проникнуть в сущность слаженности работы всех органов и систем своего организма. Но увы, эта область физиологической деятельности не подвластна полностью нашему самоанализу и контролю. Например, достаточно минутного наблюдения за собственным дыханием, либо за деятельностью сердца, чтобы удостовериться в том, что названные органы функционируют независимо от нашего сознания. В то же время стоит сделать несколько приседаний, то есть дать нагрузку на мышечную систему, как дыхание и биение сердца сразу участятся. Следовательно, интенсивность деятельности легких и сердца тесно связана с потребностями других органов и систем.

Такая слаженность функций всех органов человека обеспечивается автоматически благодаря выработанным в течение миллионов лет чрезвычайно сложным и весьма чувствительным механизмам внутренней координации и саморегуляции.

Автоматическая регуляция всех функций органов и систем организма осуществляется гормональными и нервными импульсами.

У человека есть система, представленная эндокринными железами, отличительной чертой которых является то, что выделяемый ими секрет поступает непосредственно в кровь (внутрь). Поэтому их называют железами внутренней секреции, а выделяемые ими вещества — гормонами. Слово «гормон» в переводе с греческого означает «возбуждаю, побуждаю, двигаю». В организме человека насчитывается десять таких желез. К ним относятся: щитовидная и паращитовидные, надпочечники, придаток мозга (гипофиз), яички, яичники, плацента, поджелудочная и зобная железы.

По образному определению академика АМН СССР Н. А. Юдаева, эндокринные железы «ведут непрерывное наблюдение за потребностями органов и тканей и, немед-

ленно реагируя на каждый «запрос с места», выделяют в кровь сложные химические вещества — гормоны». Последние по кровеносным сосудам быстро достигают тех клеток, которые в них нуждаются. Проникнув в клетку, гормоны вступают во взаимодействие с носительницей информации — дезоксирибонуклеиновой кислотой (ДНК), которая под их влиянием продуцирует ферменты, обусловливающие синтез новых веществ, недостающих клетке в данный момент. Гормоны вырабатываются в очень малых количествах. Дойдя до клетки и включив определенный механизм, они тут же распадаются или, попадая в печень, переходят в неактивные соединения и выводятся из организма, преимущественно с мочой.

Одной из центральных желез эндокринной системы не только по расположению, но и по значению является гипофиз (нижний придаток головного мозга). В нем выделены три доли: передняя, промежуточная и задняя. Первая, железистая, продуцирует так называемые дистантные гормоны (действующие на отдаленные органы), стимулирующие деятельность всех основных эндокринных желез. Иначе говоря, гормоны передней доли предназначены для эндокринных желез, то есть гормоны для гормонов. Например, выделяются гормоны, стимулирующие выработку половых гормонов. Аналогичного действия гормоны продуцируются для стимуляции гормонообразования в щитовидной железе и надпочечниках.

До недавнего времени считалось, что самостоятельная автономная регуляция эндокринных желез замыкается на уровне гипофиза. Гипофиз называли своеобразным дирижером эндокринной системы. Однако сейчас получены достоверные данные о том, что роль главного пульта эндокринной системы выполняет гипоталамус — область предбугорья промежуточного мозга. Сигналы о недостаточности гормонов, вырабатываемых периферическими железами внутренней секреции, передаются в виде нервных импульсов — донесений в гипоталамус. В гипоталамусе образуются соответствующие химические регулирующие вещества, которые поступают в гипофиз и стимулируют выделение гипофизарных гормонов, предназначенных для периферических желез.

Иначе говоря, в гипоталамусе нервные импульсы пре-

образуются в регулирующие вещества, а последние в передней доле гипофиза как бы индуцируют образование дистантных гормонов для желез-исполнителей.

Значение гормональной регуляции огромно. Недаром гормоны называют регуляторами жизни. В половых железах имеется собственный эндокринный аппарат, в котором продуцируются гормоны, необходимые для нормального функционирования половой системы.

Мужские половые железы — яички как железы внешней секреции вырабатывают половые клетки — сперматозоиды, а как железы внутренней секреции — половые гормоны — андрогены, в частности тестостерон.

Тестостерон оказывает на организм многообразное специфическое воздействие. Под его влиянием развиваются первичные половые признаки (половой член, яички, придатки яичек, простата и семенные пузырьки) и вторичные половые признаки (рост усов, бороды, оволосение лобка, гипертрофия гортани, способствующая возникновению низкого тембра голоса, атлетическое формирование костно-мышечной системы). Тестостерон активизирует процесс образования сперматозоидов.

Кроме того, тестостерон существенно влияет на обмен веществ. В частности, он активизирует синтез белка и в период полового созревания регулирует активность сальных желез кожи лица (из-за активной гормональной стимуляции сальные железы могут воспаляться, что приводит к образованию «юношеских угрей»).

Недостаточность гормональной функции яичек в детском возрасте отрицательно влияет на физическое развитие. В таких случаях в дальнейшем у юноши наблюдаются слабое развитие половых органов, дряблость, мышц на фоне чрезмерной полноты, непропорциональность роста, отсутствие усов и бороды. При обнаружении у мальчика врожденной недостаточности половых органов его необходимо сразу же показать врачу, так как чем раньше начато лечение, тем более эффективны результаты.

Женские половые железы — яичники как железы внешней секреции продуцируют женские половые клетки — яйцеклетки, а как железы внутренней секреции — половые гормоны эстроген и прогестерон.

Эстроген образуется в клетках фолликула, а прогестерон — в лютеиновых клетках желтого тела.

Под влиянием эстрогена формируются первичные половые признаки (рост и развитие матки, маточных труб и влагалища, циклические изменения в слизистой полости матки). Помимо этого, эстрогены обусловливают распределение подкожного жирового слоя по женскому типу, развитие молочных желез, рост волос на лобке (вторичные половые признаки), а также развитие яйцеклетки.

В разные периоды жизни человека ведущее значение приобретают те или другие гормоны. Однако так как половые железы, подобно всем другим железам внутренней секреции, тесно связаны с нервной системой, в основе регуляции функции половых органов лежат нейроэндокринные механизмы.

Нервная регуляция осуществляется половыми центрами, которые расположены в спинном мозге (поясничные и крестцовые сегменты), среднем мозге и в коре головного мозга. Указанная регуляция имеет как прямую, так и опосредованную направленность. До полового созревания основным активным центром нервной регуляции является спинной мозг (крестцовые сегменты). И лишь после того как начинают функционировать передняя доля гипофиза и гормонопродуцирующие клетки половых желез (которые также выделяют специфические половые гормоны), включаются все остальные нервные центры, то есть центры поясничного отдела спинного мозга, среднего мозга и коры головного мозга.

Вместе с тем если функция гипофиза нарушена и он не способен продуцировать гонадотропные гормоны, то все нервные центры остаются также нефункционирующими, и половое развитие, по существу, не наступает.

Гипофизарно-половая система осуществляет специфическую эндокринную регуляцию функций половых органов. Мозговой придаток — гипофиз выделяет гонадотропные (стимулирующие половые железы) гормоны, а в половых железах под их влиянием продуцируются половые гормоны (тестостерон, андростерон, эстрогены). Последние повышают чувствительность половых центров, а также развитие и возбудимость половых органов.

Область головного мозга, прилежащая к мозговому придатку (гипофизу), получившая название гипоталамуса, является местом стыка нервной и эндокринной регуляций. Зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные (осязательные) сигналы проходят через кору головного мозга и в гипоталамусе трансформируются в так называемые регулирующие гормоны в виде специфического секрета (нейросекрета), которые, попадая в гипофиз, стимулируют продукцию соответствующего дистантного гормона. Фолликулостимулирующий гормон повышает активность семяродных клеток яичек (у мужчин) и развитие фолликулов яичника (то есть женской яйцеклетки), лютеинизирующий гормон стимулирует интерстициальные клетки яичка, вырабатывающие тестостерон, и клетки желтого тела, продуцирующие прогестерон. Одновременно из среднего мозга идут импульсы к нижележащим нервным половым центрам. Так создается нормальный тонус половой системы.

Таким образом, регуляция становления и функциональной деятельности половых органов осуществляется с помощью гормональных и нервных механизмов.

В основе механизма деятельности крестцово-спинномозговых половых центров лежат врожденные безусловные рефлексы, поясничных спинномозговых и среднемозговых половых центров — безусловно-условные рефлекторные реакции и, наконец, корковых — преимущественно условные рефлексы.

Короче говоря, половые рефлексы, замыкающиеся в спинном и среднем мозге (подкорковых образованиях), являются безусловными, или врожденными, а рефлексы, нервные центры которых находятся в коре головного мозга, — условными, приобретенными в процессе жизнедеятельности.

Половой инстинкт обеспечивается преимущественно безусловными рефлексами, а половая деятельность — сочетанием безусловных и условных рефлексов.

Многочисленными физиологическими опытами выявлена тесная взаимосвязь между высшей нервной деятельностью и половой функцией; это подтверждается и клиническими наблюдениями.

Отсюда напрашивается вывод, что раннее начало по-

ловой жизни, когда у юноши и девушки еще полностью не сформировались основные процессы в коре головного мозга — процессы возбуждения и торможения, является основной причиной сексуальных расстройств и неврозов в дальнейшем.

У подавляющего числа взрослых мужчин, страдающих импотенцией, в ее основе обнаруживается нарушение нейродинамики корково-подкорковых механизмов и нижележащих отделов центральной нервной системы. Установлено, что при нарушении нейродинамики корковых механизмов наблюдается исчезновение условных половых рефлексов.

Половое бессилие чаще является результатом не органических заболеваний, а проявлением функциональных расстройств, обусловленных нервно-психическими факторами.

В большинстве случаев расстройства половой функции возникают у мнительных, с неустойчивой нервной системой людей на почве различных психогенных факторов, имеющих прямую связь с особенностями половой жизни.

Например, нередкой причиной подобных расстройств может оказаться необоснованная неуверенность мужчины в возможности выполнения полового акта. Такие опасения подчас закрепляются в сознании и оцениваются мужчиной как состояние половой несостоятельности.

Многих мужчин, страдающих импотенцией, удерживает от обращения к врачу ложная стыдливость или неуверенность в успехе лечения. Но такие опасения, как правило, несостоятельны. Сексопатологи в состоянии оказать им необходимую помощь.

Аномалии развития половой системы и заболевания, приводящие к половым дисгармониям

Вряд ли кто-нибудь усомнится в том, что состояние здоровья накладывает отпечаток на половое развитие. Обратим внимание читателя лишь на те болезненные состояния, которые чаще всего приводят к нарушениям

развития половой системы. Выделяются две группы заболеваний, сказывающихся на половом развитии: врожденные и приобретенные.

Врожденные аномалии развития половой системы, как правило, не вызывают каких-либо болезненных ощущений в детском возрасте, но при достижении половой зрелости они обусловливают те или иные функциональные отклонения.

У мальчиков наиболее частыми аномалиями половых органов являются: сужение крайней плоти (фимоз) неправильное расположение наружного отверстия уретры (гипоспадия, эписпадия), отсутствие в мошонке одного или обоих яичек (крипторхизм).

Фимоз в момент рождения является физиологическим явлением, поскольку назначение крайней плоти состоит в том, чтобы предохранять высокочувствительную головку полового члена от внешних раздражений. В толще внутреннего листка крайней плоти имеются железы, которые выделяют белесоватое жироподобное вещество — смегму, смазывающую и тем самым предохраняющую от раздражения головку полового члена. При напряжении полового члена уже к 5—7 годам крайняя плоть отходит в предназначенную для нее бороздку, и головка может полностью открываться. Если наружная часть крайней плоти сужена либо сращена с головкой, то последняя не освобождается. Тогда между головкой и крайней плотью скапливается смегма, возникает воспалительный процесс головки члена (баланит) или крайней плоти (постит) либо воспаление того или другого (баланопостит). Все указанные явления может и должен своевременно заметить отец ребенка хотя бы при совместном посещении бани, а заметив, обратиться за помощью к врачу.

У взрослых функциональное назначение крайней плоти, кроме предохранения головки от внешнего раздражения, — активное участие в половом акте. В виде поперечного подвижного валика, располагающегося за головкой члена, она соприкасается с половыми органами женщины (половыми губами, клитором, складками влагалища) и вызывает дополнительные ощущения, усиливающие оргазм.

Аномалии развития мочеиспускательного канала

(уретры) у мальчиков чаще проявляются в неправильном расположении наружного отверстия уретры, реже — в расщеплении ее. Наружное отверстие уретры вместо головки члена, где оно находится в норме, может располагаться по задней поверхности члена в теле его или корне (гипоспадия), реже — по передней поверхности (эписпадия). Названные отклонения приводят к разбрызгиванию мочи, искривлению полового члена при его напряжении. Искривления могут быть выражены в такой степени, что затрудняют введение полового члена в женские половые пути.

Следующая аномалия, на которой следует остановиться, — это крипторхизм. Он заключается в том, что яички, находящиеся в периоде внутриутробного развития плода в брюшной полости, не спускаются в мошонку. В брюшной полости могут задержаться оба яичка или одно из них. При крипторхизме нарушается функция яичка из-за несоответствующего температурного режима, недостаточного кровоснабжения и постоянного травмирования. С наступлением половой зрелости в задержанном яичке наступают необратимые изменения. Раньше считалось, что при задержке одного яичка второе полностью компенсирует его функцию. Но в последнее время клинические наблюдения свидетельствуют о том, что это бывает не всегда. Так или иначе могут выявляться последствия крипторхизма. Ученые могут высказывать различные мнения о последствиях, но дело родителей — как можно раньше показать ребенка с указанной аномалией врачу, чтобы тот решил вопрос о времени оперативного вмешательства или лекарственного лечения.

Врожденное недоразвитие половых желез (гипогонадизм) встречается как у мальчиков, так и у девочек.

У мальчиков в раннем детстве оно проявляется в том, что яички имеют «тестоватую» либо повышенную плотную консистенцию или слишком маленькие размеры. В таких случаях у них часто наблюдаются склонность к ожирению, запоздалое половое созревание.

У девочек недоразвитие половых желез в большинстве случаев определяется лишь в период полового созревания, когда отмечаются недоразвитие первичных и вторичных половых признаков, задержка наступления мен-

струаций или полное их отсутствие. У девочек также бывает неправильное расположение наружного отверстия уретры, когда она, например, открывается во влагалище, и тогда моча выделяется через половую щель. Изредка встречаются полное заращение девственной плевы, слабое развитие (отсутствие) либо чрезмерная массивность, плотность ее. Большинство неправильностей развития у девочек обычно обнаруживается при достижении половой зрелости, но если мать заметит какой-либо дефект раньше, то ей необходимо показать дочь врачу.

Так как мужские и женские половые органы в эмбриональный период развиваются из одного общего зачатка, ученые считают, что они представляют собой своего рода аналоги. Например, большие половые губы соответствуют мошонке, клитор — половому члену, матка и влагалище — задней уретре и простате. Но иногда происходит нарушение эмбрионального развития, вследствие чего, например, клитор достигает размеров мужского полового члена, хотя все остальные органы развиваются правильно по женскому типу. В таких случаях имеет место ложный мужской гермафродитизм. Либо, наоборот, в правильно развитой мужской половой системе задняя уретра сформировалась как влагалище, то есть по женскому типу. Названное состояние определяется как ложный женский гермафродитизм.

Если же у одного человека имеются женские и мужские половые железы, то в таких случаях говорят об истинном гермафродитизме.

Причинами названных аномалий могут быть самые различные факторы. Но чаще всего они встречаются у детей, родители которых состоят в близком родстве. На втором месте среди указанных причин стоят различного рода повреждающие внешние воздействия на плод во время беременности. Например, перенесенные матерью во время беременности туляремия, бруцеллез могут привести к неправильному развитию половых желез. Прием некоторых лекарств, алкогольных напитков, курение во время беременности, воздействие лучистой энергии либо высокочастотных электромагнитных колебаний также способны вызывать аномалии развития половой системы плода.

Наконец, при наследственных хромосомных болезнях, представляющих собой результат неправильного набора половых хромосом у одного из родителей, часто возникают истинный гермафродитизм, недоразвитие половых желез и другие нарушения.

Лечение, или, говоря медицинским языком, коррекция, названных выше врожденных неправильностей развития наиболее эффективна в детском возрасте; в более поздние сроки она дает худшие результаты. К тому же к этому времени в сознании может закрепиться чувство неполноценности. Нередко бывает, что у юноши крипторхизм или гипоспадия извлечены, но признаки неуверенности и даже какой-то обреченности в связи с имевшей место болезнью остались.

Приведем пример из медицинской практики.

Пациент М., 32 лет, высокий, стройный, интересный мужчина, обратился к сексологу с просьбой помочь ему в разрешении очень важного для него вопроса. Женат 7 лет, но до сих пор живет с женой, как он выразился, «девственной жизнью». Отношения между супругами полны взаимопонимания и симпатии, однако больной чувствует, что, если ему не помогут, его семейная жизнь разрушится. Вступил в брак в 25 лет, супруге было 22 года. До женитьбы оба испытывали друг к другу горячие чувства. Взаимные объятия, ласки, поцелуи всегда были очень приятны. До женитьбы, несмотря на настойчивые попытки молодого человека, будущая супруга половой близости не допускала. Первый месяц после женитьбы проживали вместе с родителями и были в несколько стесненных жилищных условиях. Вскоре стали жить отдельно от родителей, в новой благоустроенной квартире. Первая попытка к половому акту закончилась неудачно, последующие также, виновником чего пациент считает себя. Перед попыткой половой член напрягается, но как только пациент пытается ввести его в половые пути супруги, на конце его возникает острая боль, и он расслабляется.

При врачебном осмотре у М. обнаружен фимоз — удлинение и сужение крайней плоти с явлениями воспаления. У супруги девственная плева в форме полумесяца, не нарушена, эластична и достаточно растяжима.

Пациенту рекомендована операция — обрезание крайней плоти. После операции его половая жизнь стала протекать нормально.

Из представленного примера напрашивается вывод, что если бы мать или отец при купании М. в раннем детстве заметили названную патологию и обратились бы к врачу, то оперативное вмешательство не потребовалось. В раннем детстве благодаря высокой эластичности и растяжимости тканей фимоз удается излечить консервативно путем растяжения тканей.

Теперь приведем другой пример, касающийся гипоспадии.

Пациент Д., 28 лет, выше среднего роста, атлетического сложения. Женат 3 года. Обратился к врачу по поводу того, что жена не беременеет. Супруге 23 года, обследована гинекологом, изменений со стороны половой системы не обнаружено. Пациент с огорчением констатирует, что виновником бесплодия является он. При врачебном осмотре установлено, что это действительно так. Наружное отверстие уретры у него расположено на мошонке (мошоночная гипоспадия), вследствие чего при половом акте семенная жидкость изливается наружу. Больному была сделана операция, и в последующем он стал счастливым отцом двоих детей.

Указанный пример также иллюстрирует нежелательные последствия несвоевременного обращения к врачу. Лечение названной патологии более приемлемо было бы провести в детском возрасте.

В то же время существуют болезни, которые обусловливают преждевременное половое созревание. К ним относятся заболевания эндокринных желез: гиперплазия коры надпочечников, аденома передней доли гипофиза, опухоли половых желез, шишковидной железы или гипоталамической области. Обычно такие мальчики отличаются коренастым сложением, невысоким ростом и не по возрасту развитыми вторичными половыми признаками. У них появляются сильное половое влечение, стремление к онанизму, они могут совращать своих сверстников. Такие дети подлежат лечению в специализированных лечебных учреждениях.

В клинику на лечение попал мальчик 8 лет, у которого

наружные половые органы были развиты, как у взрослого мужчины. Он был коренастого сложения, с почти законченным оволосением кожного покрова по мужскому типу, отличался выраженной половой возбудимостью. При обследовании обнаружена доброкачественная опухоль яичка (лейдигома). Удаление опухоли привело к почти полной нормализации как функции половых органов, так и поведения.

К аномалиям развития половой системы могут приводить некоторые заболевания, к которым в первую очередь относятся эпидемический паротит (свинка) и неврозы.

Паротит дает малозаметные осложнения на мужские половые железы, но если эти осложнения возникли, их нужно лечить, так как в дальнейшем их следствием могут быть импотенция и бесплодие.

В клинику обратился пациент К., 30 лет. Женат 7 лет. Жена вполне здорова. Но супруги не имеют детей. Оказалось, что причина бездетности зависит от К. В 8 лет он перенес тяжелую форму свинки (паротита), которая осложнилась воспалением обоих яичек. При исследовании в клинике установлено отсутствие в семенной жидкости пациента сперматозоидов.

Почти аналогичные осложнения наблюдаются при таких заболеваниях, как туляремия, бруцеллез. Правда, последние встречаются значительно реже, чем паротит.

В зрелом возрасте самыми распространенными заболеваниями, которые приводят к половым расстройствам, считаются неврозы и воспалительные заболевания половых органов (простатит, везикулит, колликулит, орхоэпидидимит, аднексит, кольпит, эндометрит).

У девочек позднее половое созревание или недостаточное половое развитие чаще всего связано с врожденными изменениями в яичниках (кистозным их перерождением), хромосомными болезнями (болезнь Шерешевского — Тернера). Физически такие девочки плохо развиваются, растут ослабленными, чаще имеют астеническое телосложение. Менструации у них очень скудные либо вовсе отсутствуют.

В то же время при некоторых изменениях в эндокринных железах, подобно тому, как описано выше у мальчиков, может наступить преждевременное половое со-

зревание. В литературе описаны случаи преждевременного полового созревания и даже беременностей и родов у 6- и 9-летних девочек. Один из авторов брошюры наблюдал девочку 4 лет, у которой отмечались регулярные менструации и были хорошо выражены вторичные половые признаки. При обследовании у нее обнаружены изменения в гипоталамической области головного мозга.

Из приобретенных заболеваний неблагоприятное влияние на развитие половой системы оказывают длительно протекающие, истощающие общие заболевания, такие, как ревматизм, туберкулез, заболевания почек и др., которые могут обусловить позднее и недостаточное развитие половых органов.

С расстройствами сексуальной сферы, возникающими от самых разнообразных причин, больные обычно обращаются к урологу, гинекологу, дерматовенерологу, невропатологу и психиатру.

В настоящее время в каждом областном городе организованы консультационные сексологические кабинеты, обеспечивающие квалифицированные консультации больных половыми расстройствами. К врачам этих кабинетов могут обращаться родители, обнаружившие какие-либо неполадки в половом развитии своих детей.

Основные периоды полового созревания

С учетом биологических особенностей половой системы, то есть исходя из анатомо-физиологических данных, можно проследить физиологические и психо-эмоциональные изменения, которые происходят у человека в процессе полового развития и созревания.

Жизнь человека принято подразделять на пять больших периодов: детство, отрочество, юность, зрелость и старость. Развитие происходит медленно, и поэтому в каждой из названных возрастных групп можно выделить подгруппы. Существует много возрастных градаций. С нашей точки зрения, развитие половой системы человека можно схематично уложить в восемь периодов (см. таблицу), которые наиболее полно отражают особен-

Периоды развития
и инволюции половой системы человека

Периоды	Возраст, в годах	
	Мужчины	Женщины
Детский (асексуальный) . . .	0—9	0—8
Препубертатный	10—12	9—11
Первый пубертатный	13—16	12—14
Второй пубертатный	17—22(25)	15—17(20)
Период половой зрелости . .	23(26)—51(55)	18(21)—45(55)
Первый период инволюции . .	52(56)—65(70)	46(56)—60
Второй период инволюции . .	66(71)—90	61(65)—90
Третий период инволюции . .	91 и выше	91 и выше

ности роста, полового и физического (соматосексуального) развития мужского и женского организмов.

Как видно из таблицы, период роста, полового созревания, зрелости и старения у мужчин и женщин не совпадает. Формирование половой функции у женщин наступает на 1—3 года раньше. В то же время период полового увядания и старения у женщин также наступает раньше, чем у мужчин, и со значительно большим разрывом — от 6 до 10—15 лет. Рассмотрим основные периоды полового созревания у мужчин и женщин.

Половое развитие мужчин

Период развития половой системы у мальчиков до 9 лет называют бесполым (асексуальным), так как основные показатели функционального состояния половых гормонов у них не отличаются от таковых у девочек.

Наименование «бесполый» в значительной степени обусловлено результатами изучения половых желез. Яички 6-месячного ребенка по своему строению не отличаются от яичек плода. Постепенно, примерно с 7 месяцев до 4 лет наблюдается некоторое увеличение клеток семенного эпителия. Однако они еще настолько мало

развиты, что не только клетки, но и просветы семенных канальцев почти не дифференцируются. Промежуточные (интерстициальные) клетки, располагающиеся между семенными канальцами, еще не способны вырабатывать мужские половые гормоны — андрогены.

После 5 и до 9 лет яички мальчика вступают в фазу роста. Поперечный размер канальцев увеличивается, появляются клетки, предшествующие сперматозоидам, однако мужской половой гормон не вырабатывается. В этот период развития организма мальчика преобладают гормоны коры надпочечников, щитовидной железы, которые вместе с гормоном роста передней доли гипофиза стимулируют и регулируют обменные процессы.

В поведении отражаются основные проявления роста. Часто можно видеть, когда ребенок, идя с родителями или старшими товарищами, вдруг делает малообъяснимые движения. В то время как ведущий идет спокойным шагом, ребенок то ли прыгает на одной ножке, то ли кружится, то ли стремится освободиться от опеки и делает пробежки вперед и обратно. Непросвещенному в физиологии человеку может показаться странной такая картина. А все объясняется просто. В этом возрасте главным считается общий рост и развитие костно-мышечного аппарата, основное проявление которого заключается в активных движениях. В психологическом плане ребенку характерно стремление к обществу детей независимо от половой принадлежности.

В препубертатном возрасте (10—12 лет) передняя доля гипофиза начинает выделять гонадотропные гормоны, под влиянием которых стимулируются промежуточные (интерстициальные) клетки яичка, продуцирующие половой гормон тестостерон, а также рост железистых элементов и канальцев яичек, которые увеличиваются в диаметре. В них частично размножаются зародышевые клетки, из которых путем последовательных делений образуются предшественники сперматозоидов — сперматоциты. Одновременно, благодаря действию гонадотропных гормонов и тестостерона, постепенно увеличиваются в размерах половые органы. Заметно развивается мышечный и костный аппараты.

Психологически мальчики отличаются от младших

ребят, они склонны обособляться от девочек. У них появляются собственные «мужские» интересы, расширяются познавательные тенденции — любознательность, разного рода увлечения (шахматы, художественная литература, футбол, хоккей, плавание).

В первый пубертатный период (13—16 лет) продолжается формирование половых органов, меняется форма гортани (выделяется адамово яблоко), ломается голос, появляется оволосение лобка (вначале по женскому типу), заметно развиваются мышцы и скелет, возникает юношеская гинекомастия (болезненное увеличение грудных желез с выделением белесоватой жидкости типа молозива). К 15 годам появляются рост волос в подмышечных ямках и оволосение лобка по мужскому типу. В это время в семенных канальцах происходит активное деление зародышевых клеток (сперматогоний), приводящее к появлению следующих поколений более развитых дифференцированных клеток: сперматоцитов 2-го порядка и сперматид. Более выраженным становится развитие костно-мышечного аппарата.

К 16 годам наблюдается рост усов, бороды; еще более укрепляется костно-мышечная система; делятся сперматиды и образуются сперматозоиды. Появляются ночные самопроизвольные семяизвержения — поллюции. Психика характеризуется неустойчивостью — повышенной нервозностью, нетерпимостью, упрямством. Одновременно меняется отношение к девочкам — появляется стремление к дружбе, уважительному отношению, оказанию знаков внимания. Расширяется диапазон любознательности и нередко усиливается любопытство ко всему неизведанному — курению, алкоголю, онанизму. В этот период в обостренном неконтролируемом виде может проявляться половое влечение.

Состояние подростка характеризуется известной противоречивостью, переходным состоянием (не ребенок и не взрослый, хотя ближе все-таки к взрослому состоянию). В этом корни того умонастроения подростка, которое интересно выразил Е. Евтушенко: «Какими быть уже не можем, какими быть уже хотим». Социально-возрастная противоречивость — основная причина того, что процесс превращения подростка во взрослого чело-

века связан с большими трудностями, испытываемыми его воспитателями.

Рассматриваемый возраст характеризуется тем, что юноша теоретически уже способен совершить половой акт, который может закончиться зачатием новой жизни. Однако организм юноши еще полностью не сформирован, и зачатый в этот период ребенок может оказаться неполноценным. Половая жизнь юношей в 16 лет так же нелепа, как, например, употребление в пищу только что отцветших и завязавшихся фруктов и овощей.

Второй пубертатный период — возраст 17—22 (25) лет — характеризуется окончательным формированием половой системы с устойчивым созреванием половых клеток (сперматозоидов). Рост костей и развитие мышечной системы в этот период завершаются, устанавливается мужской характер. Появляются зрелость суждений, стремление к самостоятельному решению личных проблем. Половое чувство проявляется влюбчивостью, стремлением к ухаживанию и половой близости.

Этот период принято называть периодом физиологической половой зрелости. Такое определение означает, что половая жизнь в рассматриваемом возрасте не приносит существенного физического ущерба для здоровья человека, но может отрицательно сказаться на психоэмоциональной сфере. Вступление в брак в этом возрасте можно рекомендовать в том случае, когда юноша достигнет полной психологической и социальной зрелости, то есть будет способен обеспечить материальное благосостояние своей семьи.

В следующем периоде — стабилизации половой зрелости — в организме не происходит каких-либо перемен, но мужчина обретает наряду с физиологической зрелостью психологическую цельность характера и социальную подготовленность для создания семьи, то есть получает определенную специальность, которая приносит ему моральное удовлетворение и может обеспечить материальные запросы семьи. Физическая, гигиеническая, социальная, психологическая подготовленность к браку служит предпосылкой полноценной счастливой семейной жизни.

Примерно в той же последовательности происходит половое развитие женского организма.

Первый период полового развития у девочек продолжается до 8 лет и, так же как у мальчиков, характеризуется полным покоем половых желез. Развитие основных органов и систем, защитно-приспособительных реакций, линейный рост проходят, как и у мальчиков, под действием гормона роста, продуцируемого передней долей гипофиза, а также гормонов щитовидной железы, зобной и шишковидной желез. В поведении преобладают те же черты, что и у мальчиков: стремление к активным движениям (скакалки, классы). Увлекают их и другие подвижные игры. Психологически проявляется стремление к детскому обществу. Девочки и мальчики обычно охотно дружат друг с другом.

Препубертатный возраст (9—11 лет) характеризуется тем, что постепенно начинают продуцироваться гормоны, стимулирующие функции половых желез. В зависимости от степени их активности повышается жировой обмен, вследствие чего накапливается жировая ткань на бедрах, ягодицах, в области молочных желез. Соски молочных желез увеличиваются, набухают, пигментируются. Отмечается некоторое увеличение матки. На лобке появляются единичные волосы. Происходит дальнейшее развитие костно-мышечного аппарата.

Характерным в половом поведении является обособление от мальчиков (в играх, забавах, спорте).

В первый пубертатный период (12—14 лет) передняя доля гипофиза более стабильно продуцирует гормоны, стимулирующие половые железы. Под их действием происходит рост и формирование молочных желез, оволосение лобка, рост волос в подмышечных ямках, становится более заметной округлость бедер, ягодиц. Кости таза увеличиваются в поперечных размерах. Линейный рост продолжается в таком же темпе, как и в предыдущем периоде. Увеличивается матка, и, наконец, появляется первая менструация — выделение крови из половой щели, которое наступает после созревания яйцеклетки. Появление первой менструации ранее 10 лет



либо позже 16 лет считается ненормальным явлением, которое может быть обусловлено разными причинами. С наступлением менструации девочка перестает быть ребенком. Ее организм стал вырабатывать зародышевые клетки, при оплодотворении которых может наступить беременность. Менструации у девочек, как и поллюции у мальчиков, указывают на способность к зачатию, хотя рост организма и развитие отдельных систем еще очень далеки от полного и окончательного завершения. Первые менструации девочки, как и первые поллюции мальчика, переживаются как значительные, волнующие события, приковывающие внимание, иногда вызывающие страх.

К появлению первых менструаций девочка должна быть подготовлена матерью. В противном случае девочка при неожиданном для нее выделении крови из влагалища может совершить необдуманный поступок. Так, одна девочка при первой менструации попыталась остановить кровотечение струей холодной воды, вследствие чего

у нее в дальнейшем развилось тяжелое воспаление придатков матки.

Циклические изменения в яичниках и матке во время менструации влияют не только на физиологическое, но и на душевное состояние девочки. В этот период одни становятся рассеянными, другие — раздражительными, третьи — дерзкими. И это следует учитывать родителям — не торопиться на дерзость ответить дерзостью, а постараться успокоить свою дочь.

Менструации представляют собой не только местный, но и сложный общий процесс, в котором принимает участие весь организм. В этот период могут появляться общая слабость, разбитость, головные боли, чувство тяжести внизу живота и в области крестца.

Ощущение тяжести внизу живота объясняется повышенным приливом крови к органам малого таза. Этим же можно объяснить и выделение белей перед менструацией.

Во время менструации девочка не должна поднимать и переносить тяжести, ей следует временно прекратить занятия спортом, избегать охлаждения, особенно нижней части туловища и ног. Не рекомендуется в этот период купаться в реке, озере, море и принимать гигиенические ванны.

При менструации нельзя закладывать во влагалище и между половых губ вату и марлю, так как это затрудняет свободный отток крови. Лучше пользоваться ватно-марлевыми повязками и носить закрытое трико. Необходимо тщательно следить за чистотой белья, рук и наружных половых органов, ежедневно два раза в день подмываться кипяченой водой с мылом.

Чтобы уменьшить прилив крови к органам малого таза, в период менструации девочка не должна употреблять острую пищу (перец, хрен, горчицу).

Вредно отражаются на состоянии половых органов девочки запоры. Поэтому очень важно приучить ее в определенное время опорожнять кишечник. Имеет в этом отношении значение и правильная организация питания. Некоторые из них стараются похудеть, считая себя «толстыми», и устраивают «посты» — делают между приемами пищи длительные перерывы или исключают из суточ-




ного рациона некоторые блюда, чем лишают свой организм необходимых питательных веществ. Такие «посты» могут привести к ослаблению организма, к нерегулярной работе кишечника. Вредно девочкам наедаться на ночь, незадолго перед сном. Это также отрицательно сказывается на работе кишечника.

Нормальное протекание менструаций зависит от правильного чередования учебы, физических упражнений и отдыха девочки. Продолжительность ее сна должна быть не менее 9 часов. Желательно, чтобы она раньше ложилась спать и раньше вставала, так как утренний сон освежает мало.

Первые менструации могут быть то слишком частыми и носить характер кровотечения, то появляться через неопределенные промежутки времени — один раз в 2—3—4 месяца.

В большинстве случаев примерно в течение 1—2 лет устанавливается регулярность менструаций. Они повто-

ряются через 21, 26, 28, 30 дней, что принято называть менструальным циклом. Если менструация наступает через 26 дней, говорят о 26-дневном цикле, через 28—28-дневном и т. д.

Первая менструация, служащая как бы началом полового созревания, является показателем того, что функция яичников достигла определенной активности. Поскольку половые гормоны — антагонисты гормона роста, то с этого периода наблюдается замедление линейного роста. В то же время продолжают заметно развиваться грудные железы, матка и наружные половые органы. Происходят перемены в поведении девочек — появляется повышенное внимание к своей внешности, стремление выглядеть лучше других. Девочки начинают проявлять интерес к обществу мальчиков, для них характерны мечтательность, грезы, иногда неустойчивость характера, повышенная нервозность.

Второй пубертатный период (от 15 до 17—20 лет) отличается тем, что постепенно стабилизируется секреция гонадотропных гормонов, завершается рост и формирование половых органов — яичников, матки. Твердо устанавливается менструальный цикл. Заканчивается развитие молочных желез, оволосение лобка и подмышечных впадин. Складывается типичная женская фигура с определенными соотношениями размеров туловища, конечностей, талии.

С 18—20 лет девушка становится половозрелой, то есть способной к выполнению сложной специфической функции женского организма — материнству.

Одним из признаков половой зрелости является пробуждение в девушке полового чувства, наличие отчетливого желания нравиться юношам. Она как бы ощущает формирование своего тела и превращается из угловатого неловкого подростка в девушку с выраженными чертами женственности. Звонче звучат ее голос и смех, ярче горит румянец на щеках, округлость форм придает прелесть ее облику.

Половые гормоны, выделяясь в кровь, оказывают влияние не только на половое, но и на общее развитие женщины. Наряду с изменением внешности девушки изменяются также и ее характер, душевное состояние,

отношение к окружающим. В этот период у нее появляются другие стремления, интересы, желания, расширяется умственный кругозор. Одновременно с этим можно отметить неустойчивость настроения, выражающуюся подчас в неожиданном переходе от бурной, иногда беспричинной веселости к угрюмой молчаливости, подавленности, неудержимым слезам. Изредка в девушке проявляются враждебность к окружающим ее близким людям, склонность к необдуманным поступкам.

В этом возрасте у девушки начинает развиваться интерес к противоположному полу. Вначале девушка проявляет застенчивость, даже антагонизм и подчас желание подразнить мальчиков. Затем она испытывает желание дружить с юношами, причем половое стремление носит еще неопределенный, неосознанный характер.

Дружба между сверстниками разного пола в 18—20 лет требует бережного и чуткого отношения со стороны родителей и воспитателей, ибо неосторожными словами, неправильной критикой и оценкой этой дружбы можно добиться противоположных результатов, пробудить у девушки преждевременное желание реализовать свое половое влечение. Следует знать, что у девушки половое влечение выражено гораздо слабее, чем у юноши, и носит, скорее, характер потребности в ласке, нежности, внимании. Такое отношение к юноше может сохраняться длительное время. У некоторых юношей сложилось неправильное мнение о том, будто девушкам больше нравятся в мужчинах физическая сила и ухарство, а поэтому, мол, следует избегать проявления к ним чувства нежности и ласки. Родителям нужно напоминать юношам, что девушкам свойственна повышенная душевная ранимость и что они требуют к себе нежного и чуткого отношения.

Половое чувство девушки отличается тем, что стремление к половой близости под влиянием полового возбуждения носит у нее не столь требовательный характер, как у юноши. Девушки, если они соглашаются на физическую близость, то лишь из чувства любви, уступая настойчивому требованию любимого человека, иногда даже вопреки чувству физического желания.

Сколько бывает впоследствии трагедий на этой почве,

особенно для молодой девушки, если она легкомысленно соглашается на половую близость, поверив любимому человеку, у которого нет к ней настоящего большого чувства любви.

Половое воспитание должно проводиться так, чтобы у подрастающих юношей и девушек не развивалась повышенная чувствительность, которая иногда приводит к различным ненормальностям в их отношении к себе, в частности, к развитию такой вредной привычки, как онанизм.

Онанизм

Ввиду того что онанизм как отклонение от нормальных половых отправлений часто встречается и оказывает определенное влияние на половую деятельность человека, мы остановимся на нем более подробно.

Слово «онанизм» происходит от библейского имени Онана (сына Иуды и Шуа). Согласно преданию отец Онана заставил его жениться на вдове умершего брата. Но Онан не желал иметь от нее детей и изливал семя вне влагалища жены. В медицинской литературе это именуется как прерванный половой акт, а под онанизмом (синонимы: мастурбация, ипсация, рукоблудие) подразумевается противоестественный способ самоудовлетворения полового чувства путем искусственного возбуждения и раздражения половых органов при помощи рук, каких-либо предметов либо вследствие эротической фантазии.

Онанизм был широко распространен во все периоды истории человечества — в древние времена, эпоху средневековья и в настоящее время. У некоторых первобытных народов онанизм был общепринятым и поощряемым явлением.

По данным различных авторов, онанизм до сих пор является самой частой дурной привычкой, присущей как мужчинам, так и женщинам.

По нашим наблюдениям каждый пятый из больных простатитом, сопровождающимся нарушением половой функции, в прошлом занимался онанизмом. Как заметил еще И. И. Мечников, у девушек и женщин онанизм про-

является несколько позже и наблюдается реже, так как половая чувствительность у них ниже, чем у мужчин. А по данным некоторых современных сексологов, мастурбация у мужчин и женщин встречается почти с одинаковой частотой. Разница состоит лишь в том, что в юношеском возрасте к мастурбации больше предрасположены мальчики, нежели девушки, а среди взрослых, наоборот, превалируют женщины над мужчинами.

Чтобы уяснить сущность онанизма, нужно иметь представление, чем он отличается от нормального полового акта.

После нормального полового сношения мужчина чувствует успокоение, улучшение общего состояния, удовлетворение. При половом сношении большое значение имеют внешний вид женщины, тактильные ощущения, зрительные восприятия. При онанизме всего это комплекса не имеется, а происходит искусственное раздражение половых органов или фантазирование. При онанизме вслед за оргазмом, какое бы облегчение он ни приносил, следует в дальнейшем подавленность, угнетенное состояние, разбитость. Занимающийся онанизмом зачастую понимает, что страдает пороком, что вредит своему здоровью. Он нередко испытывает угрызения совести, тягостные душевные переживания, стыдится своего порока, но ничего не может с собой поделать.

Мастурбация ни при каких условиях не является равноценной половому акту, в особенности если имеют место частые онанистические акты.

При сравнении влияния на организм полового акта и онанизма не следует упускать из виду роли психических влияний, связанных с половым актом. При нем происходит сильное возбуждение целого ряда эрогенных зон, которые автоматически отдают часть своего возбуждения половой зоне; процесс разыгрывается, следовательно, в чувственных зонах, то есть в центрах органов чувств, и фантазия привлекается к участию в процессе лишь вторично. При онанизме же все органы чувств безмолвствуют: вся сумма возбуждения получается от сознательного фантазирования и раздражения половых органов. Далее, оргазм связан при нормальных условиях со множеством сильных эмоций, вызываемых представителем другого

пола. Чувство удовлетворения при половом акте основывается на радости, вызываемой этими эмоциями, точно так же, как и разрядка при оргазме.

После онанистического акта полного расслабления всех органов и систем не наступает, они остаются продолжительный промежуток времени в некотором напряжении. Часто мастурбанты вызывают семяизвержение еще до наступления полной эрекции. Закрепившийся, таким образом, условный рефлекс проявляется в дальнейшем в том, что при половой жизни у мужчины семяизвержение предшествует полной эрекции, что является признаком половой слабости.

В дополнение к сказанному нужно подчеркнуть, что если в естественном половом акте участвуют мужчина и женщина и он направлен на продолжение рода, то онанизм в этом плане бесцельный, совершенно противоестественный способ удовлетворения полового чувства.

Оценка онанизма с точки зрения влияния на организм человека противоречива. Одни считают мастурбацию почти физиологичным актом, а другие относят ее к чрезмерно вредным, дурным привычкам.

В начале XX века наш выдающийся соотечественник И. И. Мечников впервые стал рассматривать онанизм как одну из дисгармоний природы, когда человек, достигая половой зрелости, еще по ряду причин не может удовлетворять свои половые желания естественным путем. В таких случаях юноши и девушки нередко прибегают к онанизму и прекращают его с вступлением в брак. Однако приводимый довод И. И. Мечникова не может объяснить многие другие вопросы, связанные с рассматриваемой привычкой.

Противоречивость взглядов в отношении оценки онанизма объясняется большим разнообразием побуждающих к нему причин.

Можно выделить три группы таких причин:

болезненное состояние (болезни половых органов у детей, повышенная половая возбудимость у взрослых, умственная неполноценность);

несоблюдение правил ухода за половыми органами, приводящих к повышенной половой возбудимости как у детей, так и у взрослых;

невозможность совершить нормальный половой акт по разным причинам.

Большинство исследователей различают три формы онанизма — механическую, психическую и смешанную.

При таком делении можно в какой-то степени составить представление о личности мастурбанта. Механическая форма больше присуща людям со слабым типом нервной системы, а психическая — тем, у кого повышенно развиты фантазия и воображение.

Однако такое разделение мастурбации мало ориентирует на предупреждение рассматриваемого порока. По нашему мнению, более оправдывает себя разделение онанизма по степени преобладания сознательных действий. В частности, мы выделяем три основные формы онанизма.

Первая — рефлекторный, или неосознаваемый онанизм: на почве болезненных состояний (воспаление крайней плоти, острицы, негигиеническое содержание половых органов); ради любопытства.

Вторая — сознательный онанизм: с целью удовлетворения половых желаний до вступления в брак либо в браке, но при длительной разлуке.

Следует еще иметь в виду случаи онанизма, когда рефлекторная форма мастурбации при достижении половой зрелости переходит в сознательную — это своего рода смешанная форма.

Третья — психопатологический онанизм, когда он принимает постоянную форму, от которой человек не может избавиться без специального лечения.

Приведенное разделение определяет специфику лечения и профилактики.

При первой форме все должно быть направлено на излечение заболеваний, которые повышают половую возбудимость и предрасполагают к онанистическим актам.

У детей к такой патологии относятся: воспаление наружных половых органов (у мальчиков — баланопостит, у девочек — вульвовагинит), глистные инвазии (острицы), опрелости, негигиеническое содержание половых органов, непроведение необходимого туалета после испражнений. Возникающие воспалительные про-

цессы вызывают прилив крови, зуд и повышенную половую возбудимость, которая с течением времени начинает доставлять приятные ощущения. После излечения воспалительного процесса у ребенка остается желание вызывать половое возбуждение. Манипулируя руками с половыми органами, он их возбуждает, и с этого начинается онанизм.

Для иллюстрации приведем пример.

Мать и отец 8-летней девочки обратились в тревоге к врачу в связи со «скверным» ее поведением.

В 5-летнем возрасте у девочки обнаружили глисты-острицы, а вскоре и воспаление входа во влагалище — вульвит. В то время она вела себя беспокойно из-за сильного зуда в области наружных половых органов.

От воспалительного процесса и глистов девочка была быстро избавлена, но в постели она продолжала вести себя беспокойно. Руками продолжала манипулировать возле половой щели. Мать снова обратилась к врачу, который назначил присыпку, чтобы уменьшить раздражение. Поведение ребенка как будто улучшилось. Но вскоре родители заметили своеобразное поведение девочки вне дома. Во время детских игр она удалялась от подружек, усаживалась в сторонке, закидывала ногу на ногу и проводила конвульсивное движение заброшенной вверх ногой и ягодицей, чем вызывала половое возбуждение. То же самое проделывала в школе. Родители проводили с ней специальные беседы и даже наказывали, но ничего не помогало.

Врач, к которому обратились родители, обследовал девочку, и обнаружил у нее вагинит. Назначенное лечение, а также отвлекающие и разъясняющие беседы вскоре помогли исправить ее поведение.

Родителям следует учитывать, что к возникновению повышенной половой возбудимости у детей приводит ношение чрезмерно тесного либо грубого, шероховатого нательного белья.

Далее, безудержные ласки, поцелуи, чрезмерные прикосновения к половым органам ребенка во время купания, переодевания, шлепание по ягодицам также могут стимулировать половую возбудимость и способствовать возникновению мастурбации. К тем же послед-

ствиям приводит наблюдение ребенка за взрослыми во время их интимной близости.

Толчком к онанизму могут быть редко встречающиеся эндокринные заболевания (опухоли яичка, шишковидной железы, коры надпочечников), которые обусловливают преждевременное половое созревание и повышение половой возбудимости. В таких случаях ребенка нужно как можно быстрее показать врачу, чтобы направить его в специализированное учреждение.

Бессознательные, рефлекторные онанистические действия возникают подчас из-за чистого любопытства. Обычно старший по возрасту ребенок, чаще всего умственно недостаточно полноценный, практикующий онанизм, может привлечь внимание младших ребят, и те из любопытства приобщаются к онанизму.

Во всех названных случаях основными мерами профилактики онанизма являются гигиенические мероприятия, тщательное наблюдение и контроль за поведением детей.

В подростковом и юношеском возрасте с появлением поллюций у мальчиков и менструаций у девочек онанизм может возникнуть также из-за юношеской гиперсексуальности и любопытства — испытать не во сне, а наяву чувство сладострастия. Такие действия бывают одно-двукратными и не вызывают никаких последствий, но в ряде случаев они становятся регулярно проводимыми актами.

Путь к недопущению сознательных онанистических актов в таком возрасте связан с воспитанием волевых качеств, умением управлять своими чувствами и поведением.

Детям следует очень тактично рассказывать о вредных последствиях онанизма. Ошибочно было бы считать, что онанизм совершенно безвреден. С другой стороны, нет никаких оснований говорить о том, что он чрезмерно опасен для здоровья человека. Вредные последствия онанизма и степень их тяжести зависят от многих исходных данных и режима онанистических актов. В частности, имеет значение возраст онаниста, частота онанистических актов, продолжительность занятия онанизмом и форма онанизма.

Во всех случаях онанистический акт угнетает психику и как бы изолирует человека от общества, затрудняет его нормальное психологическое формирование и развитие.

В зависимости от формы мастурбации отрицательные последствия выглядят примерно так. При рефлекторном онанизме вредность минимальная, поскольку при этой форме преимущественно вовлекаются только первичные спинномозговые половые центры. При частых онанистических актах наступает истощение организма, возникает психологическая подавленность. Однако, как только удается отучить ребенка от мастурбации, у него почти не остается каких-либо вредных последствий.

При сознательном онанизме вредные последствия более значительны. Степень и форма их зависят от частоты мастурбации и продолжительности увлечения онанизмом.

При чрезмерно частых (2—3 раза в сутки) онанистических актах, продолжающихся годами, онанизм приводит к истощению нервной системы, способствует возникновению воспалительных процессов (простатит — у мужчин, аднексит — у женщин), которые становятся причинами различного рода расстройств половой функции.

Общим для всех длительно практикующих онанистов, как мужчин, так и женщин, является сниженность ощущений при физиологическом половом акте.

В случае обнаружения фактов онанизма у ребенка дошкольного возраста родителям не следует создавать атмосферы тревоги, чрезвычайного морального давления на него, так как такое сосредоточение внимания может лишь травмировать ребенка, обусловить возникновение невроза.

Необходимо создать заботливую, спокойную систему отвлечения внимания ребенка при обязательном устранении возбуждающих раздражителей. Грозные окрики, обещания всевозможных наказаний в таких случаях бесполезны.

Ребенка не следует оставлять одного. Систематически, но ласково необходимо останавливать всякую попытку к мастурбации.

Чтобы предупредить онанизм у детей в раннем воз-

расте, родителям следует постараться исключить раздражение и возбуждение половых органов у ребенка. Одежда ребенка должна быть свободной и сшита так, чтобы она не раздражала половые органы. Если он будет спать на не очень мягкой постели, не слишком укрываться, а руки держать поверх одеяла, у него будет меньше условий для мастурбации. Важная профилактическая мера — добиваться того, чтобы он ложился в постель утомленным после каких-либо физических нагрузок. Тогда у него будет хороший сон и, таким образом, не будет стремления к мастурбации. Проснувшись, он не должен оставаться в постели.

Следует устранять все моменты, которые могут способствовать приливу крови к половым органам (лечить экземы, запоры, глистные инвазии).

Если онанизм сына или дочери зашел в такую стадию, когда родителям уже трудно самим справиться, следует обратиться к врачу, который в таком случае проведет специальное лечение.

Главная же мера профилактики онанизма — своевременное воспитание правильных взаимоотношений мальчиков и девочек, юношей и девушек, систематические занятия спортом, когда дети и подростки постоянно видят друг друга в легких спортивных костюмах, и тогда у них реже возникают эротические возбуждения.

Люди, привыкшие к онанизму, то есть к самоудовлетворению, нередко вырастают эгоистами. Так как при начале половой жизни они вначале не испытывают ожидаемого наслаждения, то подчас считают виновником этого своего партнера или партнершу, и, чтобы найти все же того, кто сможет доставить им истинное удовольствие, ищут новых встреч. Однако каждая новая встреча быстро их разочаровывает, и такие мужчины становятся или донжуанами (кстати, многие исследователи считают, что донжуаны рано становятся импотентами), или, разочаровавшись в любви и жизни, заканчивают свою жизнь старыми холостяками — без детей, друзей и близкого человека.

Совершенно иная картина наблюдается у мужчины, а тем более у женщины, которые всю жизнь провели в прочной семье. Радости в жизни, в том числе и семей-

ного характера, у них нарастают. И разговоры о том, что мужчина в 60 лет еще «в полном соку», а его 55-летняя жена уже не может его удовлетворять как женщина, нельзя считать серьезными. Известно множество примеров того, что пожилой мужчина, «поменяв» свою «старую супругу» на «молодую», вскорости пытается на коленях просить прежнюю жену принять его в семью обратно. И дело тут не только в том, что взаимные интересы, в том числе и в воспитании детей, которые у него складывались годами, не может заменить скоротечная, пусть бурная, но недолговечная любовь с новой женой. Физиология брака, как читатель убедится из дальнейшего изложения, требует от мужчины и женщины постепенной выработки обоюдной гармонии в половых отношениях, и когда такая гармония достигнута, то супруги в каждый период жизни находят что-то новое и прекрасное в своих взаимоотношениях.

Любовь и брак

Любовь — высокое благородное чувство, которое сопровождается сильными психо-эмоциональными реакциями.

Настоящая любовь — это гармония духовного и физического начала, идеального и материального. Духовное, нравственное в любви облагораживает то, что идет от инстинкта, а инстинкт не позволяет любви быть чем-то бесплотным, эфемерным.

Любовь — подлинно человеческое чувство. Она стала известна человеческому роду не с момента его зарождения, а гораздо позже. Ф. Энгельс в «Происхождении семьи, частной собственности и государства» трактует любовь как историческое явление, появившееся лишь на определенной стадии развития общества, когда человек достиг определенной духовной зрелости, когда начала вырабатываться человеческая личность.

К. Маркс считал, что на основании отношения мужчины к женщине можно вообще судить «о ступени общей культуры человека». И если мужчина видит в женщине только представительницу определенного пола и не умеет ценить в ней человеческое, то он добровольно




отказывается от самого лучшего, светлого в жизни.

Любовь включает в себя и биологическое, и социальное, в ней иногда противоречиво связываются между собой общие и индивидуальные черты личности.

В романе Гончарова «Обрыв» героиня Вера говорит, что «любовь налагает долг». С этим нельзя не согласиться. Любовь немыслима без сознания долга перед любимым человеком. И следует не противопоставлять любовь долгу и долг любви, а видеть их взаимосвязь.

Вступление в брак любящих молодых людей становится для них большим праздником. В нашей стране создано большое количество Дворцов бракосочетания, где в торжественной обстановке, в окружении друзей и родных скрепляется союз двух любящих друг друга. Молодых поздравляют уважаемые люди, избранные народом, — депутаты городских, районных, сельских Советов. Брак — это союз по любви, осознанная необходимость двух молодых людей совместно пройти жизнь, разделяя радости и горести, сообща воспитывая детей.



Духовное и физическое сближение двух любящих молодых людей приносят им огромную радость. Они переживают ни с чем не сравнимое счастье. Близость для них дорога, так как она связана с большим чувством. Но это чувство будет непрочным, если любящие не будут испытывать ответственность за свои отношения друг к другу. Когда же на свет появится плод любви — новый человек, ответственность повышается вдвойне. И супругам, желающим пронести по жизни наполненную до краев чашу своего счастья, не расплескав из нее ни капли, такая ответственность не в тягость.

Крепкая прочная семья — первичная социальная ячейка общества, важный фактор не только в жизни отдельных людей, но и всего государства. 27 июня 1968 года Верховный Совет СССР утвердил новое законодательство о браке и семье, в котором предусмотрены многие положения, направленные на укрепление семьи. Например, изменены обязанности супругов по взаимному содержанию. Раньше нетрудоспособный сохранял право

на материальную помощь со стороны другого супруга лишь в течение года после расторжения брака. Согласно указанному закону он имеет право на пожизненную материальную помощь, если трудоспособность утрачена до расторжения брака или в течение года после расторжения брака.

Сейчас муж не вправе без согласия жены возбудить дело о расторжении брака во время беременности и в течение одного года после рождения ребенка.

Действует закон о выделении государственного пособия на детей семьям, в которых средний доход на члена семьи не превышает 50 рублей в месяц.

В настоящее время в Советском Союзе согласно постановлению правительства увеличен оплачиваемый отпуск матерям до года после рождения ребенка.

Согласно нашему закону в основе брака лежит принцип взаимного желания и согласия.

Закон обязывает обе стороны, вступающие в брак, ознакомить друг друга с состоянием своего здоровья.

Состояние здоровья перед вступлением в брак. Состояние здоровья будущих супругов имеет большое значение для благополучия семьи. Существует мнение, что предварительные медицинские осмотры перед вступлением в брак нецелесообразны, так как это оставляет неприятное впечатление у жениха и невесты. Однако с этим нельзя согласиться, поскольку такие осмотры направлены на создание здоровой, прочной семьи. Наблюдаются случаи, когда будущие супруги не знают о существовании у них какого-либо заболевания или, наоборот, могут преднамеренно их скрывать.

Эстетика и физиология половой близости

Немаловажное значение для супругов имеет не только гигиена, но и эстетика половой близости.

При анализе 12 164 анонимных анкет с целью выявления важнейших трудностей у молодых людей, вступающих в брак, оказалось, что у большинства опрошенных отсутствуют элементарные знания об анатомии и физиологии половых органов человека. Расчет на самообразование

в половых вопросах приводит к неправильным, извращенным представлениям о половой жизни, что нередко влечет к конфликтам между мужем и женой.

В большинстве книг, посвященных вопросам сексологии, много говорится о поведении мужа при половой близости и мало уделяется внимание тому, как должна вести себя супруга. Между тем недостаточно умелое отношение женщины к своему избраннику также может стать причиной неблагополучия в семейных отношениях.

Среди молодых супругов нередко встречаются мягкие, впечатлительные, легкоранимые натуры. Они обычно любят искренне, глубоко, отличаются постоянством чувств. Стремление к половой близости у них, как правило, сопряжено со значительными наслоениями эротической фантазии, что требует индивидуальных форм внимания и ласки. Малейшее проявление бестактности, неудачная шутка, невнимание и холодность могут вызвать у них резкое падение половой активности, и они оказываются несостоятельными исполнить свой супружеский долг. Подобные состояния бывают связаны также с чрезмерным волнением или горячностью мужчин. В обоих случаях при соответствующем внимании со стороны супруги половые общения проходят успешно.

Значение внешней обстановки далеко не одинаково для супругов. Любая мелочь может или ярко стимулировать красочность сближения, или, наоборот, резко тормозить. Полное уединение, полумрак, эстетическое убранство, чистота, запах духов — все это факторы, как правило, способствующие укреплению взаимоотношений при условии, если внешняя обстановка одинаково удовлетворяет обоих. Если же одному, например, нужен яркий свет, а другому, наоборот, полная темнота, то в момент близости привносятся тормозящие тенденции, что может иметь невротизирующее значение. Часто при этом страдающим лицом становится женщина.

Большое значение имеет подготовительный период полового акта. Сексологи обращают внимание на то, что наибольшее количество дисгармоний в сексуальной жизни связано с тем, что близость в значительной мере обесценивается вследствие дисгармоничности подготовительной ласки.

В начале половой жизни ситуация подготовки целиком определяется мужчиной, но в последующем оба супруга придерживаются наиболее оптимального типа поведения, и крайне важно, чтобы это оказалось взаимно гармоничным.

Особенности поведения в период подготовки, естественно, крайне разнообразны. Существуют два крайних типа сексуального поведения мужчин: одни утонченно изобретательны в период предварительной ласки, другие ограничиваются упрощенно-стандартизованным поведением. Первые нуждаются в постоянной смене различных вариантов сближения, проявляя при этом своеобразную изобретательность. Вторые, наоборот, почти не заботятся о подготовительном периоде, и половой акт у них часто реализуется совсем без него. Между этими крайними типами, естественно, большое многообразие промежуточных вариантов.

Но так или иначе юношам и девушкам, готовящимся к супружеству, нужно знать, что собой представляет половой акт. О его физиологии мы и расскажем.

При половом сношении осуществляется физиологический процесс — оплодотворение, сопровождающееся ощущением сладострастия. Главным с биологической точки зрения считается оплодотворение, обеспечивающее начало новой жизни. Зачатие и наслаждение при половой близости тесно взаимосвязаны.

В реализации половой близости играет роль целый ряд факторов — физиологических, психологических, социальных и множество индивидуальных особенностей человека.

Фазы полового акта и их последовательность. Половой акт, или копуляция, включает в себя четыре фазы: либидо (от лат. libido — желание) — половое влечение; эрекция (лат. erectio от erigere — подниматься) — половое возбуждение; эякуляция (лат. ejaculatio — выбрасывание, извержение) — семяизвержение; оргазм (греч. orgasmos — переполнение, сладострастие) — ощущение наслаждения, сладострастия в момент «пика», наивысшей точки полового акта.

Различаются наружные и внутренние факторы, действующие на половые органы. В наружных воздействиях

участвуют органы чувств, благодаря которым осуществляются осязательные, слуховые, зрительные, обонятельные восприятия, в том числе эрогенных зон. Во внутренних — нервные окончания, заложенные в простате, задней уретре, семенном бугорке, шейке матки, влагалище, эндокринных железах.

Гармоничность полового акта связана с циклической сменой одних рефлекторных реакций другими, обусловливающих основные его фазы. После достижения оптимальных пределов полового влечения (либидо) возникает новое состояние — возбуждение половых органов (эрекция), при котором в результате максимального раздражения наступает следующая фаза — семяизвержение (эякуляция). Последняя, в свою очередь, влечет за собой ощущение сладострастия (оргазм).

На проявление либидо оказывают влияние самые различные моменты: физическая нагрузка, половое восприятие, возраст. Если с момента полового созревания и до первых лет половой жизни либидо у женщин в большей части ограничено стремлением к психологической близости, то у женщин, ведущих регулярную половую жизнь и особенно после родов, половое влечение нередко становится более сильным, чем у мужчин. Женщины 30—35 лет переносят половое воздержание в ряде случаев хуже, чем мужчины.

Физиологическая сущность полового возбуждения (эрекция) состоит в том, что возникает усиленный прилив крови к половым органам, в результате чего наступает увеличение, напряжение полового члена у мужчины и увеличение клитора и половых губ у женщины, хотя признаки возбуждения женских половых органов выражены в значительно меньшей степени, чем мужских. После соответствующих раздражений возбужденных половых органов происходит семяизвержение у мужчин, а у женщин — выбрасывание слизистой пробки из шейки матки и содержимого половых (бартолиниевых) желез. В этот момент как мужчина, так и женщина испытывают приятное сладострастное чувство — оргазм. Чувство сладострастия у мужчин возникает при прохождении семени через семявыбрасывающие протоки в области семенного бугорка.

По продолжительности и форме появления оргазм у мужчин более быстротечный, в большинстве случаев однотипный и состоит из трех периодов. Вначале вследствие накопления психических и физических раздражений развивается период приятных ощущений, усиливающихся во время фрикций, затем идет «плато» сладострастия, в конце которого возникает резкий подъем (пик) сладострастия (оргазм), после чего наступают спад и расслабление.

У женщин названные периоды протекают несколько иначе, чем у мужчин. Обычно у них период суммирования раздражений длится дольше, вследствие чего вершина, или «плато» сладострастия наступает позже, а период расслабления более продолжителен, чем у мужчин.

По продолжительности оргазм у женщин может быть кратковременным (пикообразным) или затяжным (волнообразным). Клиторный оргазм более затяжной, чем влагалищный.

Психо-эмоциональные реакции во время оргазма у мужчин могут быть самыми различными — от сильнейшего возбуждения до относительно спокойной, почти незаметной оргастической разрядки. У женщин параметры переживаний во время оргазма еще более широкие.

Существуют весьма большие индивидуальные особенности проявления оргазма, которые трудно предусмотреть. Они зависят от физического и нервно-психического состояния, темперамента, возраста и многих других факторов. Как правило, супруги постепенно находят оптимальные параметры гармонии половых отношений.

Половой акт будет протекать физиологически и доставит наслаждение, если как муж, так и жена будут учитывать его стадийность.

Специалисты-сексопатологи различают разное количество стадий полового сближения. Одни выделяют четыре стадии: нарастающего возбуждения; уплощения (стадия «плато»); оргастическая стадия сладострастия; стадия разрешения (спада). Другие (Г. С. Васильченко) выделяют шесть стадий: возникновение половой доминанты; психическая стадия (появление зрекции); копулятивная (фрикционная); эякуляторная стадия; абсолютная половая невозбудимость; относительная половая невозбудимость.

С нашей точки зрения, если учитывать основные физиологические переходные состояния половой близости, то они наиболее точно отражаются в пяти стадиях: стадия подготовки; готовности (появление возбуждения половых органов); фрикционная (копулятивная стадия); стадия эякуляции и оргазма (эякуляторная); расслабление (успокоение).

В подготовительной стадии необходимо наличие взаимного полового влечения, а также положительной эмоциональной настроенности, приятных слуховых, зрительных и обонятельных восприятий.

Мужчина тактично определяет индивидуальные эрогенные зоны у женщины и затем переходит к возбуждению наиболее чувствительных из них. Признаком наступления у женщины стадии готовности является появление слизи в области входа во влагалище.

На высоте полового возбуждения (стадии готовности) введению полового члена во влагалище способствуют выделения околоуретральных (бартолиниевых) желез женщины, которые, увлажняя головку члена и вход во влагалище, благоприятствуют скольжению соприкасающихся поверхностей половых органов (фрикционная стадия).

Во время фрикций мужу следует правильно оценить ощущения жены. Если ее приятные переживания отстают, то есть возрастают не в такой, как у него, степени, то ему нужно изменить (замедлить) частоту либо интенсивность фрикций. Чтобы достичь гармонии в половой жизни, мужу (особенно в первый месяц брачной жизни) следует учитывать, что для достижения «плато» ощущений, ведущих к переживанию оргазма, его жене может потребоваться более продолжительное время либо более изысканные (словесные или телесные) ласки.

Стадия расслабления у женщин зачастую оказывается стертой и возбудимость в этот период у них может оставаться. В таких случаях женщина после переживания оргазма способна к повторному сближению. Если подобные сближения практикуются часто, то они могут привести к перегрузке половой системы мужчины и развитию у него болезненных состояний. Чтобы этого избежать, мужчине надо тактично провести завершающую стадию

полового акта. Успокаивающие индифферентные ласки в знак благодарности за доставленное удовольствие и постепенный переход к покою и отдыху снизят возбудимость женщины и принесут ей полную удовлетворенность.

Во всем многообразии факторов, влияющих на половую близость, главным условием половой гармонии следует считать взаимное чувство любви и уважения. Если половое сношение происходит больше по обязанности, чем по взаимному желанию, то оно не сопровождается богатой гаммой ощущений и приносит мало удовольствия. Вместе с тем уважающие друг друга супруги всегда найдут точки соприкосновения и взаимопонимания в своих отношениях, в том числе и в половой любви.

О достижении максимального удовлетворения при половой близости существуют различные мнения.

Так, например, некоторые психоневрологи, рассуждая о путях достижения гармонии половых отношений, утверждают, что раз супруги любят друг друга, то в этой любви им все дозволено.

Мы не разделяем такого мнения, хотя считаем, что каждая стадия полового акта и каждая отдельная ласка могут иметь самые различные вариации. В любви нужно позволять то, что приносит истинное наслаждение, но не влечет за собой половых извращений и расстройств.

Порой после окончания полового акта у супругов может появиться желание испытать еще более острые ощущения, и тогда они пытаются изыскивать всевозможные, иногда даже противоестественные варианты близости. Правильно ли это с медицинской точки зрения? Очевидно, нет, так как в будущем один из «особых вариантов» полового акта может закрепиться как патологический условный рефлекс. В результате обычные формы интимной близости перестают приносить удовлетворение. В конце концов наступит момент, когда супруг готов отказаться от половых изощрений, но не может этого сделать и от этого глубоко страдает.

Как же поступать правильно? Когда после удовлетворения появляется желание испытать еще что-то необыкновенное, то это верный признак половой удовлетворенности, и на этом следует остановиться. Всяческие изощре-

ния ничего не принесут, кроме истощения и пресыщения.

Что же касается продолжительности полового акта, то она значительно варьирует и зависит от темперамента супругов, их возраста и других факторов. Мужчина в возрасте 45—50 лет и старше совершает, как правило, меньше актов, но продолжительность их увеличивается за счет наступления оргазма в более поздний срок.

Нередко наблюдается ускоренное течение полового акта. При повторном половом сношении продолжительность его может увеличиваться. Однако повторные половые акты на протяжении короткого времени при регулярной половой жизни не рекомендуются. Однократная разрядка вполне достаточна для устранения излишнего напряжения.

Порой сексологам задают вопрос: какое время суток наиболее благоприятно для совершения полового акта?

Мнения ученых по этому вопросу расходятся. Одни считают наиболее физиологичным временем вечерние часы перед отходом ко сну, так как в этом случае представляется возможным во время сна хорошо отдохнуть, полностью восстановить свои силы. Другие придерживаются мнения, что более подходящее время для половой близости — утренние часы, так как после ночного отдыха половой акт сопровождается более полной гаммой удовольствий. Третьи допускают, что при обоюдном желании приемлемо любое время — вечер, ночь и утро.

По нашему мнению, при определении времени для полового сношения нужно исходить из типологических особенностей человека. Известно, что по формуле сна все люди разделяются на два типа:

«совы», которые обычно поздно засыпают, с трудом пробуждаются и которым свойственна наибольшая трудоспособность во второй половине дня;

«жаворонки» — противоположного стереотипа, с наибольшей работоспособностью в утренние часы; во второй половине дня они работают менее продуктивно, вечером рано и легко засыпают, а утром быстро пробуждаются.

Согласно указанной градации для «сов» самым подходящим временем половой близости являются вечерние

часы (перед сном), а для «жаворонков» — утреннее время, после пробуждения.

Иногда вырабатывается привычка (условный рефлекс) на время совершения полового акта, на обстановку, в которой он происходит, и пр. У одних в дневное время и при свете половое влечение может не проявляться, у других — наоборот.

Некоторые сексологи придают значение освещению при половом акте. Одни из них считают, что мужчине с преждевременной эякуляцией лучше совершать его в темноте, так как созерцание возлюбленной при свете ускоряет половую разрядку. Другие указывают на то, что тем, кто «любит глазами», предпочтение нужно отдавать освещенной спальне, а для тех, кто «любит ушами», более приемлема темная комната.

На наш взгляд, слабовозбудимые люди, так называемые ваготоники, для более гармонического течения половых отношений нуждаются в комфортных условиях. Для них световые раздражения (особенно красный свет) являются хорошим стимулятором, так как при свете возбуждается симпатическая нервная система, усиливающая реакции организма. В противоположность этому легковозбудимые при достаточной освещенности еще больше возбуждаются; в темноте же у них, наоборот, затормаживаются симпатические элементы, возникают более устойчивые реакции, и тогда половой акт протекает более размеренно и физиологично. Естественно, мужчине не следует забывать, что он должен считаться с настроением жены, так как то, что для него будет комфортом, для нее может оказаться дискомфортом. Только взаимное согласие будет служить источником половой гармонии.

Частота половой близости значительно варьирует в зависимости от индивидуальных особенностей. Иногда встречаются здоровые мужчины с умеренным или слабо выраженным половым влечением. Они вполне удовлетворяются при таком ритме половых сношений, как 2—3 раза в месяц, и способны длительное время воздерживаться от половой жизни.

В противоположность этому есть люди с повышенным половым влечением. Они, как правило, на протяжении

многих лет способны совершать 1—2 половых акта в сутки.

Насколько многочисленна названная группа, определить трудно, но мы в своей практике часто сталкиваемся с такими случаями, когда мужчины, придерживающиеся многие годы подобного режима половой жизни, рано или поздно обращаются за врачебной помощью по поводу половой слабости. Исходя из сказанного, очевидно, что половая близость 2—3 раза в неделю может считаться физиологически нормальной.

Половую активность можно считать физиологичной, если она проявляется естественно. Стремление искусственно усилить половое влечение и любыми путями увеличить число половых сношений, выходя за рамки физиологической потребности, становится не чем иным, как половым излишеством.

Чрезмерная половая деятельность отрицательно сказывается на здоровье, приводит к нарушению сна, повышенной раздражительности или, наоборот, к безразличию, ослаблению памяти, аппетита и в дальнейшем к понижению половой способности (ослаблению эрекции, преждевременной эякуляции). Половое пресыщение ведет к истощению функций многих систем, вследствие чего организм преждевременно стареет. Частое повторение половых сношений притупляет ощущение сладострастия ввиду того, что половые железы не успевают продуцировать в достаточном количестве секрет, который обусловливает нормальное течение полового акта.

Критерием нормальной половой деятельности являются хорошее самочувствие, жизнерадостность, бодрость. Большинство здоровых людей переносят половое воздержание безболезненно, причем женщины и мужчины с умеренной половой потребностью при этом почти не испытывают каких-либо изменений в состоянии своего здоровья.

В период роста и созревания половое воздержание является одним из необходимых условий правильного формирования организма. Ранняя добрачная половая жизнь вносит диссонанс в психо-эмоциональную сферу; кроме того, после испытания первых сладострастных ощущений у юноши и девушки возникает настоятельное

желание повторных встреч, иногда даже со случайными знакомыми, что зачастую влечет за собой рождение внебрачных детей, венерические болезни.

Первые месяцы половой жизни. Некоторые сексологи подчеркивают, что удачно проведенная первая брачная ночь открывает путь к половой гармонии. В таком заключении, правда, звучит несколько преувеличенная категоричность. И при неудачной первой брачной ночи брак в конечном счете бывает счастливым и гармоничным. Правильнее говорить о первых месяцах половой жизни, в течение которых вырабатываются критерии интимных взаимоотношений, эротическая приемлемость и т. д.

Начало половой жизни нередко связано с определенными сложностями, о которых должны знать все, особенно молодые люди, вступающие в брак.

Прежде всего о первой брачной ночи. Молодожены во время первого полового акта могут столкнуться с непредвиденными обстоятельствами, ставящими их порой в затруднительное положение.

Что же может омрачить радость первой половой близости?

Со стороны женщины наиболее частыми причинами первой половой дисгармонии являются волнение и страх, мышечный спазм в органах таза, легкорастяжимая либо чрезмерно массивная и неподатливая девственная плева, грубое поведение супруга.

К чему приводят названные моменты? При нормально выраженной девственной плеве во время дефлорации появляется ощущение легкого препятствия. Преодоление этого препятствия вызывает у женщины некоторую болезненность (девственная плева содержит небольшое количество болевых нервных окончаний) и незначительное выделение крови вследствие надрыва девственной плевы. Механизм нарушения целости девственной плевы (дефлорация) заключается в том, что при энергичных действиях мужчины отверстие плевы растягивается, увеличивается в размерах, и девственная плева натягивается на головку члена. При более энергичном надавливании в одном из сегментов, чаще нижнем, образуется один или несколько радиальных надрывов от центра в разные стороны к периферии. Половой член как бы проваливается во влагали-

ще. В таких случаях считается, что дефлорация произошла. Полный разрыв девственной плевы наступает только во время родов.

При наличии легкорастяжимой девственной плевы (что может быть обусловлено использованием чрезмерно тугих ватно-марлевых тампонов во время менструаций, инфекционными заболеваниями половых органов у девочки в раннем детстве) ощущения сопротивления может и не быть. Женщина испытывает незначительную болезненность или совсем не ощущает боли, выделение крови может отсутствовать.

Массивная и неподатливая плева создает непреодолимое препятствие для введения полового члена во влагалище. В этих случаях не нужно отчаиваться, а делать повторные попытки, и лишь после многократных безуспешных попыток с соблюдением определенных приемов следует обратиться за помощью к врачу-сексопатологу.

Если молодая супруга очень волнуется, то половая близость затрудняется из-за невольного сопротивления. На этом фоне может возникнуть спазм мускулатуры тазового дна и влагалища, что полностью исключает половую близость. Это болезненное состояние получило название вагинизма. Возникает оно вследствие боязни испытать «страшные» болевые ощущения, о которых супруга наслышалась до брака от некомпетентных подруг. Сексопатологи различают три степени вагинизма: спазм возникает в самом начале полового сношения, а также при гинекологическом исследовании; развивается от прикосновения к наружным половым органам; спазм появляется от одной мысли о предстоящем половом сношении или медицинском исследовании. Первая степень вагинизма обычно при достаточном такте и чуткости мужа преодолевается. Чувство страха у женщины проходит, и супруги обходятся без специальной помощи. При второй и особенно третьей степени требуется медицинская помощь.

Грубое поведение и негигиеническое содержание тела могут привести к угасанию полового возбуждения как у мужчины, так и у женщины, из-за чего первый половой акт может не состояться.

Неудача при первом половом акте бывает обусловле-

на также неправильным поведением мужчины — излишней его горячностью и форсированием событий, вследствие чего наступает преждевременная эякуляция. Волнение, страх, опьянение, повышенная стыдливость могут оказывать тормозящее влияние на половую возбудимость, то есть приводить, по определению сексолога Г. Роледера, к «импотенции брачной ночи».

Развязное, циничное обращение мужчины может подавить у женщины желание половой близости.

Главная заповедь первой брачной ночи для мужчины — избегать грубых насильственных действий. О. Бальзак в своей книге «Физиология брака» писал о том, что нередко после «законного изнасилования» надолго возникает отвращение жены к мужу. С таких моментов часто берет начало женская фригидность (холодность).

Если один из супругов испытывает большое волнение или даже страх, если отсутствуют подходящие условия, то тогда половой акт не обязательно совершать в первую брачную ночь. Лучше в таком случае выждать несколько дней, успокоиться и психологически подготовиться к половому сношению. Вместе с тем нужно учитывать, что откладывание на долгий период половой близости может привести к понижению полового влечения.

Возникшее при нарушении целости девственной плевы кровотечение практически безопасно, и его можно быстро приостановить, приложив на несколько часов ватно-марлевый тампон. В последующие 4—5 дней, пока не наступит полное заживление надрывов девственной плевы, нельзя допускать половой близости, так как при этом возможно повторное выделение крови и инфицирование раневой поверхности девственной плевы, не говоря уже о болевых ощущениях. Если же кровотечение было незначительным или отсутствовало, то перерывы в половой жизни можно не делать.

В первые месяцы половой жизни муж должен позаботиться о том, чтобы ускорить пробуждение у жены чувственности, если она не проявилась с первых же дней, то есть если при первой половой близости у нее не наступает оргазм. Делать это нужно тактично, осторожно, с учетом особенностей женского организма. В первые недели половой жизни возбудимость женщины, когда у нее еще

не выработались условные рефлексы на половую близость, выраженно подчинена циклическим изменениям: за несколько дней до менструации и в первые дни после нее у женщины появляется обостренное желание к половой близости. Муж должен приспосабливаться к таким дням.

В дни повышенной физиологической возбудимости некоторые женщины сами проявляют половую активность. В подобных ситуациях мужчине следует быть особенно ласковым, предупредительным, уметь правильно определить нужный момент для половой близости.

Мужчина должен учитывать то, что многие женщины в силу своей стыдливости любят быть «завоеванными». Женщина, будучи полностью расположенной к телесной близости, может оказывать легкое сопротивление, поэтому мужчине в ряде случаев приходится прибегнуть к активным действиям. Речь идет не о проявлении грубости и насилия, а о соблюдении тактичной настойчивости.

Гармония в первые дни супружества будет достигнута в том случае, если жена не будет скупиться на ласковые слова и жесты. Нередко случается так, что мужчину охватывает более сильное волнение, чем женщину, при этом он может испытывать чувство неуверенности и в ряде случаев теряет способность к половой близости. В такие минуты женщина должна проявить особую чуткость, ни в коем случае не настаивать на близости, а наоборот, вести себя так, как будто ничего особенного не произошло. Упреки, иронизирование в такой ситуации будут неуместными. Ласковое отношение и заботливость — лучшие средства успокоения мужчины и восстановления у него полноценной половой функции.

Интимные отношения не смогут сложиться гармонично, если об этом будет заботиться лишь один из супругов. Только обоюдное стремление к взаимопониманию приносит в дом новобрачных семейную гармонию и счастье.

Следует всегда помнить о том, что нормальная половая деятельность является одной из физиологических функций здорового организма. Здоровье человека, как говорил еще Гиппократ, — это прежде всего во всем умеренность и воздержание.

В этой связи нужно подчеркнуть, что судьба семьи

зависит не только от интимной близости, но и от соблюдения супругами личной гигиены. Для того чтобы установился нормальный половой ритм, приносящий обоюдное удовлетворение, следует наладить рациональный быт.

В первые месяцы семейной жизни происходит распределение обязанностей. Кто должен задавать тон в семье? Очевидно, опытный и более подготовленный к решению всех жизненных проблем супруг — будь то жена или муж. Это не исключает, что в некоторых вопросах роли меняются. Очень часто в счастливых семьях жена большая мастерица в кулинарии и домоводстве. Ей доставляют удовольствие приготовление пищи, создание уюта в доме. В то же время муж ей во всем помогает и особенно там, где требуется мужская сила и сноровка, — ремонтные работы, покраска стен, переноска тяжестей и т. д. Естественно, в воспитании детей оба супруга должны принимать активное участие, никогда не забывая, что все хорошее и плохое ребенок начнет перенимать от них еще в младенческом возрасте.

Предохранение от беременности

Правильно организованное предупреждение беременности устраняет необходимость к прерыванию беременности с помощью аборта.

Существующие способы предохранения от беременности могут вызывать определенные неудобства и осложнения. Главные из них — уменьшение испытываемого наслаждения от половой близости, осложнения в виде воспалительных заболеваний половых органов, ведущих к более грозным последствиям — бесплодию, неврозам, половой слабости, возникновению опухолей.

Нужно сказать, что до сих пор еще не найдено универсального противозачаточного средства, которое было бы достаточно эффективным, безвредным для здоровья, удобным в применении и не ослабляющим половых ощущений.

Используемые в настоящее время противозачаточные способы можно разделить на шесть основных групп: фи-

зиологические, биологические, химические, механические, хирургические и пр.

Физиологические способы основаны на умении определять период созревания женской яйцеклетки (овуляции), наиболее благоприятные дни для оплодотворения. При желании забеременеть половая близость рекомендуется именно в дни овуляции, а при стремлении предупредить беременность в названные дни нужно либо воздерживаться от половых актов, либо применять противозачаточные средства. При 28-дневном менструальном цикле овуляция наступает на 15—16-й день после менструации с отсчетом от первого ее дня. Если цикл 26-дневный или 30-дневный, то вносится соответствующая поправка — на 2 дня. В первом случае овуляция будет на 13—14-й день, во втором — на 16—17-й и т. д.

Поскольку сперматозоиды сохраняют оплодотворяющую способность в женских половых органах в течение 3—5 дней, то примерно до 10—11-го дня зачатие при 28-дневном цикле практически произойти не может. О наступлении овуляции (созревание яйцеклетки) может свидетельствовать повышение температуры тела женщины на 0,4—0,6°. Температуру тела в случае необходимости женщина определяет самостоятельно, используя обычный медицинский термометр (измеряется внутренняя температура тела — в прямой кишке).

Принято считать, что в предменструальные дни (за 5—7 дней до начала менструации) зачатие также не может наступить. Рассматриваемый метод достаточно эффективен при условии предварительного определения овуляции и температурной кривой.

Следует помнить, что сроки овуляции у одной и той же женщины могут колебаться в зависимости от разных причин (волнение, болезненное состояние, злоупотребление острыми блюдами, переутомление).

Некоторые ученые считают, что период кормления ребенка (лактационный) безопасен в отношении беременности. Такое мнение не лишено основания, потому что лактация обусловливает торможение функции гипоталамо-гипофизарной системы и яичников. Это приводит к замедлению созревания фолликулов и отсутствию овуляции. Продукция в яичниках эстрогенных гормонов резко

тормозится, вследствие чего уменьшается объем регенераторных процессов слизистой матки и влагалища. Однако у многих кормящих матерей в период лактации процесс овуляции полностью не подавляется, а в ряде случаев даже нормально протекают менструации. Поэтому рассматривать лактацию как период, исключающий беременность, нельзя.

Сейчас делаются попытки создания условий в организме, затрудняющих процесс оплодотворения, путем подавления активности содержащегося в сперматозоидах фермента гиалуронидазы, которая обеспечивает растворение оболочки яйцеклетки и способствует внедрению сперматозоидов в женскую яйцеклетку. Например, из кожуры апельсинов выделено вещество, которое при приеме мужчиной внутрь якобы угнетает активность гиалуронидазы и предотвращает зачатие (средство пока еще проходит испытание).

К биологическим способам предохранения от беременности относят гормональные воздействия на овуляцию. М. М. Завадовский еще в 1939 году доказал способность гормонов периферических желез тормозить функции гипоталамо-гипофизарной области, регулирующей циклические процессы в яичниках, то есть овуляцию. Такой способностью обладают эстрогенные гормоны, гормон желтого тела (прогестерон) и мужской половой гормон (тестостерон).

Однако применение названных гормонов с противозачаточной целью оказалось невозможным. При длительном употреблении женских гормонов могут возникать нежелательные осложнения в виде опухолевых разрастаний в женских половых органах и молочных железах. Мужской половой гормон вызывает огрубление голоса, появление волосистости на лице и атрофию половых органов. Это дало повод к поиску препаратов, которые были бы способны подавлять (прерывать) связь между гипоталамо-гипофизарной системой и яичниками и не обладали гормональной активностью. Такие препараты удалось получить химическим путем. К ним относятся инфекундин, бисекурин, континуин и ановлар. В одной расфасовке содержится нужное количество таблеток на курс приема. Прием лекарства начинается с 6-го дня цикла (отсчет

ведется с первого дня менструкции) по одной таблетке в день до 26-го дня. Затем делают перерыв. Обычно через 2—3 дня после приема последней таблетки появляется менструация. Препарат можно применять на протяжении года, а потом следует делать перерыв на 8—10 месяцев.

Все перечисленные средства не лишены отрицательных свойств. Прием их противопоказан при наличии у женщин тромбофлебита или склонности к нему (варикозное расширение вен конечности), при заболеваниях печени, некоторых кожных и психических болезнях.

Прием этих препаратов не рекомендуется в период вскармливания ребенка грудным молоком, так как они переходят с молоком матери к ребенку и оказывают на него неблагоприятное влияние.

У 7—10% женщин, пользующихся названными препаратами, появляются побочные явления: тошнота, головные боли, кожные высыпания. В таких случаях необходимо обратиться к врачу. Без санкции врача нельзя применять инфекундин. Важно знать, что после прекращения приема инфекундина и его аналогов способность женщины к зачатию резко возрастает. Поэтому в течение 3—4 месяцев после приема инфекундина необходимо особенно тщательно соблюдать предупредительные меры.

Химические способы предупреждения зачатия основаны на свойстве некоторых веществ губительно действовать на сперматозоиды: в одних случаях они лишаются подвижности, а в других погибают.

Установлено, что даже слабые растворы кислот, щелочей, различных солей (лимонная, уксусная, борная кислоты, питьевая сода, марганцовокислый калий) убивают сперматозоиды.

Губительно действуют на сперматозоиды препараты хины, витамина С (галаскорбин), РР (никотиновая кислота), антибиотик грамицидин С.

Существуют разные формы химического воздействия на сперматозоиды с противозачаточной целью. В свое время широко применялась паста преконсоль. Сейчас выпускается более совершенное средство — паста цетилпиридиний хлорида, которая содержится в алюминиевых тубах. После тщательной дезинфекции наконечник тубы

вводится во влагалище и с помощью специального поршня содержимое выталкивается внутрь; либо паста наносится на марлевый тампон, прикрепленный к нитке, и вводится во влагалище, а после полового акта тампон извлекается за нитку.

Грамицидиновая паста также вводится во влагалище с помощью шприца или тампона.

Выпускается в таблетках хиноцептин (смесь хинозола, пенообразующей пасты и соды). Две такие таблетки, смоченные водой, вводят во влагалище за 10—20 минут до полового акта. Хиноцептин образует пену, количество которой увеличивается при попадании во влагалище семени. Пена обволакивает шейку матки и является механическим препятствием для проникновения сперматозоидов в шеечный канал.

Лютенурин также выпускается в виде таблеток, вводимых во влагалище.

Эффективность названных средств достигает 95%.

Растворы различных химических веществ — борной кислоты, (2 чайные ложки на 1 литр кипяченой воды), уксуса (2 столовые ложки столового уксуса на 1 литр кипяченой воды), марганцовокислого калия (одна чайная ложка 5%-ного раствора на 1 литр кипяченой воды) применяются для спринцевания. Чем раньше производится спринцевание после полового акта, тем больше эффект.

Спринцевание лучше делать из кружки Эсмарха (кружка для клизмы), причем таким образом, чтобы наконечник достиг средины влагалища (4—5 сантиметров), и тогда струей вводится несколько порций жидкости.

В литературе имеются указания на успешное применение в противозачаточных целях лимона. Перед сношением женщина берет очищенный от кожуры и косточек кружок лимона и, слегка сжимая его пальцами, вводит глубоко во влагалище, прикрывая им шейку матки. Через 3—6 часов после полового акта лимонный кружок нужно удалить. Эффективность составляет 85—90%.

Предохраняющие от беременности химические средства высокоэффективны, просты в применении. Однако к ним не всегда можно прибегать. Они противопоказаны при эндоцервицитах, гипертрофии и эрозиях шейки матки,

кольпитах, опущении и выпадении матки, влагалища, зиянии половой щели, зуде и раздражении половых органов, а также индивидуальной непереносимости.

Механические противозачаточные средства применяются с целью преградить путь сперматозоидам в шейку матки. Наиболее надежным и распространенным механическим средством предупреждения от беременности является мужской кондом, или презерватив.

При пользовании презервативами нужно соблюдать определенные правила: хранящиеся более 2 лет к употреблению не пригодны; чтобы предотвратить разрыв презерватива, необходимо оставлять свободное пространство на кончике, где могло бы вместиться семя; для свободного введения члена во влагалище презерватив нужно слегка смазать борным вазелином или какимлибо индифферентным кремом; презерватив не следует надевать перед окончанием полового акта, то есть перед эякуляцией, так как в этих случаях акт может прерваться; перед употреблением презерватива нужно проверить его целость.

Отрицательные моменты, связанные с применением презерватива, следующие. Длительное пользование им приводит иногда к ослаблению половых ощущений. При скудном выделении слизи из шейки матки презерватив может вызывать раздражение влагалища и входа в него. Нередко из-за применения презерватива чрезмерно удлиняется половой акт, что может отрицательно сказаться на здоровье мужчины и женщины.

Применение презервативов следует рассматривать как временную меру, учитывая, что попадание мужского семени во влагалище оказывает благоприятное влияние на женский организм.

Механизм этого влияния еще точно не объяснен, однако уже доказано, что в мужском семени содержатся вещества, способствующие сокращению некоторых мышц и самой матки при оргазме, что дает наиболее полное половое удовлетворение.

Существуют также женские презервативы, которые, кстати, лишены некоторых недостатков мужских презервативов. В частности, половые органы при половом акте соприкасаются полностью, семя изливается во влагалище,

но оно не может проникнуть в канал шейки матки, так как на нее надет презерватив.

Правда, пользование женским презервативом абсолютно недопустимо при воспалительных процессах во влагалище, шейке матки, при эрозиях и эндоцервицитах. Возможность пользования женским презервативом устанавливает врач.

Женские презервативы представляют собой разного рода резиновые колпачки, надеваемые на шейку матки. Так же, как и мужские, они выпускаются разных размеров; размер подбирает врач. Надевание и снятие женского презерватива обычно производится медицинским работником, хотя при соответствующем навыке женщина может это делать сама.

Есть еще внутриматочные противозачаточные средства.

В последние 20 лет в связи с появлением синтетических материалов, которые обладают высокой пластичностью и не вступают в реакции с окружающими тканями, начали изготавливать внутриматочные противозачаточные устройства из полиэтилена, полихлорвинила, капрона и т. д. Вследствие небольшого веса их можно длительное время оставлять в полости матки. Они не вызывают воспалительных реакций и легко стерилизуются.

Форма внутриматочных устройств бывает различной (спираль, петля, зонтик); толщина — 1—2 миллиметра. К нижнему их концу прикрепляется лавсановая или капроновая нить длиной 3—4 сантиметра, кончик которой после введения устройства свисает из шеечного канала во влагалище.

Высокая эластичность и упругость материала позволяют любое из устройств вытянуть в прямую нить. Это облегчает введение их в полость матки, которое осуществляется в расправленном виде с помощью специального проводника (тубус-шприца).

Тубус-шприц проводят через канал шейки матки в ее полость, надавливают на поршень, и противозачаточное устройство выталкивается в полость матки, принимая заданную форму (спираль, петля и т. д.). Это позволяет ему удерживаться в полости матки. При необходимости извлечения его из матки врач пинцетом захватывает нить,

располагающуюся во влагалище, и посредством ее извлекает контрацептив.

Ленинградские ученые предложили новый вариант механического внутриматочного контрацептива — ЛВК (ленинградский внутриматочный контрацептив), в котором сочетаются высокая эластичность, упругость с антибактериальными свойствами (он покрыт специальной массой, от которой отщепляются дезинфицирующие вещества, что предупреждает инфицирование и возникновение воспалительных процессов). Устройство может находиться в матке 12—14 месяцев, после чего его необходимо извлечь и заменить.

Важно отметить, что контрацептивы не причиняют никаких функциональных неудобств. Многие женщины пользуются ими в течение 10 лет и более без каких-либо отрицательных последствий. Эффективность профилактики беременности достигает 95—98%.

Противозачаточный механизм действия внутриматочных устройств еще окончательно не выяснен. Однако рядом исследований, в том числе проведенных Комитетом по изучению противозачаточных средств Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), установлено, что контрацептивные устройства не оказывают влияния на овуляцию, не вызывают изменений в слизистой матки и не затрудняют проникновения сперматозоидов в маточные трубы.

Высокоэффективное противозачаточное действие внутриматочных контрацептивов объясняется тем, что они ускоряют в 5—7 раз движение яйцеклетки по трубам. Яйцеклетка попадает в полость матки не на 5—7-й день, как бывает в норме, а на 1-й или 2-й день после овуляции. За такой промежуток времени, если даже произойдет оплодотворение, яйцеклетка не успевает развиться до готовности ее внедрения в слизистую оболочку. Слизистая оболочка матки к этому времени также еще не подготовлена к имплантации яйцеклетки.

Несмотря на свои положительные качества, механическое противозачаточное устройство может применяться не всеми женщинами. При наличии воспалительного процесса во влагалище, шейке матки, полости матки, придатках, при дисфункциональных маточных кровотече-

ниях, фиброматозе матки его использование абсолютно противопоказано.

У 5—7% женщин наблюдается невосприимчивость к названному устройству, и оно активными сокращениями мышц матки выталкивается наружу как инородное тело. Чаще это происходит либо в первые дни после введения, либо во время первой менструации. Поэтому в этот период времени женщине следует находиться под наблюдением врача.

Введение внутриматочного устройства безболезненно у рожавших женщин, а у нерожавших требуется расширение канала шейки матки, что связано с болевыми ощущениями.

Наиболее благоприятный период для введения устройства в полость матки — первые 3—5 дней после окончания менструации. За 1—2 дня до введения необходимо применять (во влагалище или в прямую кишку) обезболивающие свечи. В первые дни после введения иногда появляется боль внизу живота, могут быть даже незначительные кровянистые выделения. Болезненные ощущения обычно устраняются с помощью обезболивающих средств и через 7—10 дней совершенно проходят.

В первые дни после введения контрацептива рекомендуется щадящий режим: следует избегать половой близости, физических перегрузок, переохлаждений, волнений.

При возникновении сильной боли и значительного кровотечения внутриматочное контрацептивное устройство необходимо удалить.

И, наконец, существуют такие способы предупреждения беременности, как прерванный половой акт, неполный половой акт. Надо сказать, что к прерванному половому акту прибегают во много раз чаще, чем к вышеописанным противозачаточным средствам. Больше того, до сих пор в литературе можно встретить одобрительную оценку такого метода предохранения от зачатия.

Мы не можем согласиться с этим. Осложнения при таком предохранении очень часты и подчас весьма серьезны — от воспалительных процессов женских (аднексит) и мужских половых органов (простатовезикулит) вплоть до импотенции и бесплодия.

По нашим данным, хронический простатит, сопровож-

дающийся нарушением копулятивной функции и плодовитости, у 16—25% обращающихся к врачам мужчин возникает именно вследствии частых прерываний половых актов либо когда он совершается в результате только наружного соприкосновения половых органов с целью предохранения от беременности (неполный половой акт).

Примерно такая же частота воспалительных процессов внутренних половых органов с большим процентом внематочной беременности и бесплодия отмечается у женщин, прибегающих к этому способу предохранения.

Самое же главное заключается в том, что предохранение от зачатия путем прерывания полового акта в большинстве случаев сопровождается не только серьезными осложнениями, но и не достигает своей цели.

В заключение можно сказать, что выбор метода предохранения зависит от индивидуального восприятия и опыта супругов. При малейших сомнениях и затруднениях необходимо обратиться за советом к врачу-гинекологу либо сексопатологу.

Гигиена половой жизни

Гигиеническое содержание тела, половых органов может существенно влиять на взаимоотношения супругов. При недостаточном туалете половых органов и всего тела, особенно при повышенной потливости, создаются отрицательные половые реакции.

Нередко можно слышать от тех, кто обращается к сексологу за помощью по поводу половой слабости, такие жалобы: при общей положительной настроенности, хорошем половом напряжении стоит прикоснуться к подмышке вспотевшей жены, как половое влечение тут же угасает и наступает половая несостоятельность.

В связи со сказанным вряд ли будет правильным рекомендовать гигиеническую ванну 2 раза в неделю. Мыться нужно столько раз, сколько необходимо, чтобы все тело, в том числе половые органы, всегда были чистыми. В жаркую погоду и при сильной потливости иногда требуется принимать гигиеническую ванну или мыться под душем 2—3 раза в день. В обычное время и при отсутствии

склонности к чрезмерной потливости гигиеническую ванну нужно принимать не реже одного раза в пять— семь дней.

Половые органы следует обмывать теплой водой с мылом ежедневно перед сном, а также перед каждым половым актом и после него. Женщина совершает туалет кипяченой водой. Подмываться из таза вредно, так как микробы, смытые с заднего прохода, быстро загрязняют воду в тазу и переносятся на половые органы. Наиболее гигиеничен туалет половых органов с помощью душа бидэ.

Спринцевание влагалища без назначения врача не рекомендуется. При частых без особой надобности спринцеваниях из влагалища вымываются полезные бактерии, что способствует размножению их антагонистов — болезнетворных микробов.

Туалет мужских половых органов осуществляется вечером перед сном теплой проточной водой с мылом с обязательным отодвиганием крайней плоти. Промежность и задний проход обмываются движениями руки спереди назад, чтобы половые органы не инфицировались микробами, выделяемыми из заднего прохода. Подобным образом половые органы обмываются после полового акта.

Постельное белье должно быть чистым. Его необходимо менять, как и нательное белье, один раз в 5—7 дней. Но при чрезмерной потливости в жаркую погоду белье меняется чаще.

Следует помнить о возможном отрицательном влиянии на половую функцию человека резких запахов табака, одеколона, бензина, лука, чеснока, алкоголя.

Женщине нужно отдавать предпочтение духам с нежным запахом. Смена духов иногда отрицательно воспринимается мужчиной. На определенный запах у мужчины вырабатывается положительный условный рефлекс, вызывающий или усиливающий половое возбуждение.

Особое внимание следует уделять устранению неприятного запаха изо рта, который может быть связан с кариозными зубами, болезнями горла, носа. Наличие такого запаха подавляет половое чувство у партнера.

Несоблюдение элементарных норм психологической

и санитарной гигиены пола приводит к половым дисгармониям и расстройствам, способствующим развитию импотенции (половой слабости). Не следует забывать и о предупреждении венерических болезней.

Венерические болезни

Болезни, передающиеся преимущественно половым путем, называются венерическими. К ним относятся гонорея, сифилис, трихомоноз. По данным Всемирной организации здравоохранения, в последние десятилетия отмечается рост названных болезней. Достаточно указать, что недавно в мире было зарегистрировано 40 миллионов больных сифилисом и 60 миллионов гонореей. Даже эти громадные цифры не отражают истинного положения вещей в капиталистических странах. Так, в специализированных учреждениях США регистрируется всего лишь 20% из общего числа венерических больных; остальные лечатся у частнопрактикующих врачей, которые не заинтересованы ни в выявлении источника заражения, ни в осмотре тех, кто был в половом и бытовом контакте с больным.

Официальная профилактика в капиталистических странах ограничивается законодательными мерами, которые не могут привести к снижению венерических заболеваний, так как социально-экономические причины, порождающие проституцию — рассадник венерических болезней, продолжают существовать.

Некоторые ученые причиной распространения венерических заболеваний считают возрастающую урбанизацию, то есть рост городов со свойственным им нравственным микроклиматом и с затруднением общественного контроля за теми, кто ведет аморальный образ жизни.

Имеет значение растущее несоответствие в связи с акселерацией между возрастом завершения полового и социального созревания, что приводит к росту случайных добрачных половых связей. Любопытные по этому поводу данные приводят зарубежные ученые: в Англии 82% девочек в возрасте 14—17 лет живут половой жизнью, а в США — 5% больных сифи-

лисом моложе 25 лет. Показательны и публикации шведских врачей: 37% больных гонореей являются студентками высших учебных заведений.

Одна из причин — распространение проституции, являющейся результатом неравенства женщины, массовой безработицы, низкого культурного уровня населения большей части капиталистических стран.

В СССР давно ликвидировано большинство социальных факторов, которые могли бы способствовать росту венерических болезней: у нас нет безработицы, женщина равноправна с мужчиной, культурный уровень населения высок, а медицинское обслуживание бесплатно. Тем не менее мы не можем еще говорить о ликвидации венерических болезней.

Проведенный нами анализ свидетельствует о том, что сифилисом и гонореей заражаются, как правило, люди, вступающие в близость со случайными встречными. Это является, в первую очередь, результатом неправильного полового воспитания, плохой осведомленности о венерических заболеваниях. Большое значение имеет злоупотребление алкоголем: более 70% людей заражаются в состоянии опьянения.

Возникновению венерических болезней способствует и неправильный взгляд на них как на легкоизлечимые, не оставляющие последствий. Некоторые больные, черпая сведения от «бывалых людей», занимаются самолечением. Все это способствует ухудшению течения болезней и их дальнейшему распространению.

В целях профилактики гонореи и сифилиса важно знать основные их проявления.

Гонорея (триппер) является самой частой и, по-видимому, наиболее давней венерической болезнью. Ее возбудителем является гонококк, который был открыт бреславльским доцентом Альбертом Нейссером в 1879 году. Микроб под микроскопом имеет вид кофейных зерен, которые расположены попарно внутри лейкоцитов. Жизнеспособность микроба вне человеческого организма велика. Во влажной среде (мокрая губка, мочалка, полотенце) гонококк может существовать до 24 часов.

Гонореей обычно заражаются при половых связях с больным человеком. Источниками заражения являются больные острой или чаще хронической гонореей. Возможна также передача инфекции при половом контакте в инкубационный (скрытый) период болезни. В качестве примера можно привести следующее наблюдение.

Больной Николай К., 18 лет, холост, находясь в командировке, вступил в интимную связь с неизвестной женщиной, а по возвращении домой — со знакомой Марией О. Спустя 2 дня у него появились рези при мочеиспускании и гнойные выделения из мочеиспускательного канала. Был установлен диагноз острого гнойного переднего уретрита. Считая, что источником заражения послужила неизвестная женщина, а с Марией он имел однократную половую связь лишь в период, когда выделений из уретры не было, больной скрыл эту связь от врача.

Спустя 10 дней к врачу обратилась Мария с жалобами на рези при мочеиспускании и гнойные выделения из влагалища. У нее оказалась свежая острая гонорея. Таким образом Николай К. заразил Марию О. за 2 дня до развития у него видимых признаков болезни.

Несравненно реже гонорея передается неполовым путем — через белье, мочалки другие предметы, которыми пользовался больной человек. Преимущественно таким образом заражаются маленькие дети, особенно девочки, если они пользовались ночным горшком или пребывали в постели, где сохранились выделения больного.

Необходимо помнить и о случаях гонореи глаз — бленореи, которая наблюдается у новорожденных в результате попадания микробов в конъюнктиву во время родов.

Инкубационный период, то есть время с момента внедрения инфекции и до появления первых признаков болезни, составляет при гонорее несколько дней. Однако он может удлиняться до нескольких недель. Этому способствует, в частности, применение антибиотиков или сульфаниламидных препаратов по поводу гриппа, ангины, воспаления легких.

Проявления гонореи у мужчин разнообразны. Первоначально возникает легкая резь при мочеиспускании. Вскоре появляются слизистые, а затем гнойные выделения. Весьма важно в первые часы развития гонореи обратиться к врачу: своевременное назначение медикаментозных средств ведет к относительно быстрому излечению. Если же время упущено, то боль и резь в мочеиспускательном канале усиливаются, выделения становятся обильными.

Так протекает свежая острая гонорея передней части уретры. Гораздо серьезнее становится картина болезни, когда гонорейный процесс переходит на заднюю часть мочеиспускательного канала: в конце мочеиспускания возникают боли, а иногда выделяется несколько капель крови.

При отсутствии лечения или нарушений предписанного врачом режима воспалительный процесс продолжается дальше, и гонококки проникают в предстательную железу. Больные начинают жаловаться на частое мочеиспускание, особенно в ночное время, ощущение «инородного тела» в заднем проходе. Гонорейный процесс может захватить семенные пузырьки: возникают боли при семяизвержении, появляется кровь в сперме.

При воспалении придатков яичка повышается температура, больные жалуются на острую боль в области мошонки. Двустороннее поражение придатков ведет к бесплодию; возникает азооспермия, то есть исчезновение из семени сперматозоидов.

Несвоевременное обращение больного к врачу способствует переходу свежей гонореи в хроническую. При этом выделения из уретры уменьшаются, однако в слизистой возникают серьезные изменения, которые могут закончиться сужением просвета мочеиспускательного канала.

Хронический гонорейный простатит может явиться причиной половой слабости (импотенция). Кроме того, измененный секрет железы становится плохой средой для обитания сперматозоидов, они теряют подвижность и погибают (некроспермия).

Наконец, известны случаи, когда гонококки попа-

дали в русло крови и вызывали поражения суставов, сердца.

Гонорея у женщин также проявляется разнообразно. Инфекция может поражать нижний отдел мочеполового аппарата (уретра, бартолиниевы железы, влагалище, шейка матки) и верхний отдел полового аппарата (матка, трубы, яичники).

Заболевание уретры вызывает боль и жжение во время мочеиспускания. Если в процесс вовлекается шейка мочевого пузыря, то появляются частые и повелительные позывы, боль в конце мочеиспускания.

Гонорейное поражение шейки матки даже в острой стадии протекает безболезненно. Женщины жалуются в основном на бели; возникает эрозия шейки матки.

Гонококковая инфекция распространяется (чаще всего в связи с абортами, родами, менструацией) из шейки матки на ее тело, трубы, яичники. Воспалительный процесс нередко заканчивается рубцеванием. Следствием этого является внематочная беременность, бесплодие.

Следует особо подчеркнуть, что у женщины гонорея — острая или хроническая весьма часто протекает вяло, незаметно и не вызывает значительных болезненных ощущений. В результате болезнь может долгое время оставаться нераспознанной. Это объясняется анатомическими особенностями строения женского мочеполового аппарата — коротким и широким мочеиспускательным каналом, незначительной чувствительностью шейки матки.

Гонорея — заболевание излечимое. Однако, прежде чем начать лечение, необходима постановка точного диагноза. Дело в том, что гнойные выделения бывают не только при гонорее. Лишь врач на основании лабораторных и других исследований может поставить правильный диагноз. Это является важнейшей предпосылкой для назначения полноценного лечения.

Вот почему недопустимо самолечение, которое затушевывает основные признаки гонореи и значительно задерживает процесс выздоровления больного.

В период лечения и вплоть до снятия с учета (примерно в течение 1—3 месяцев) больные должны воз-

держиваться от половой жизни, что важно не только для предупреждения распространения болезни, но и полного выздоровления самого больного.

До полного излечения ни в коем случае нельзя также спать в одной постели с детьми. Необходимо пользоваться индивидуальной мочалкой, полотенцем, бельем.

Следует полностью отказаться от приема водки, вина, пива и других алкогольных напитков, а также пряностей.

Наконец, считаем необходимым указать, что больной обязан сообщить врачу о всех своих половых контактах. В этом нет ничего предосудительного. При невыявленном источнике заражения сроки наблюдения над больным гонореей удлиняются до 6 месяцев.

Следующая венерическая болезнь, на которой стоит остановиться, это сифилис — наиболее тяжелое венерическое заболевание.

Возбудителем сифилиса является бледная спирохета, открытая в 1905 году немецкими учеными Ф. Шаудином и Э. Гофманом. Вне организма при высыхании спирохета гибнет. Но во влажной среде она довольно длительно сохраняется. Мыльные растворы, дезинфицирующие вещества быстро и губительно действуют на спирохету.

Источником распространения инфекции является больной человек. Чаще всего заболевание передается половым путем. Однако известны случаи заражения при поцелуях, через общие стаканы, зубные щетки, полотенце, окурки, губную помаду. Кроме того, беременные женщины, страдающие сифилисом, могут передавать болезнь потомству через плаценту.

Инкубационный период при данном заболевании составляет в среднем 3—4 недели. Однако в последние годы нередко отмечают удлинение этого периода до 3—4 месяцев, что отчасти объясняется применением антибиотиков (по поводу других заболеваний).

На месте проникновения спирохеты возникает язвочка. Она, как правило, безболезненна, с ровными краями, твердая на ощупь. Отсюда ее название — твердый шанкр (язва). Это первичный период сифилиса. На дан-

ном этапе бледную спирохету можно обнаружить уже в близлежащих лимфатических узлах.

Спустя 7 дней после появления шанкра увеличиваются близлежащие к язве лимфатические узлы (так называемый бубон). В это время у больных могут появиться недомогание, головная боль, бессонница. Но сифилис способен развиваться и без выраженных общих явлений.

По месту расположения шанкра можно судить о том, каким путем произошло заражение. Так, если язва обнаружена на половых органах, то не вызывает сомнения, что инфицирование произошло половым путем. Помогает определить пути заражения и расположение бубона: когда поражены, например, подчелюстные лимфатические узлы, тогда шанкр следует искать в полости рта.

Если мужчины довольно легко могут обнаружить у себя первые появления сифилиса, то женщинам это удается не всегда. Так, шанкр может располагаться на шейке матки. В этих случаях увеличиваются расположенные глубоко в полости таза лимфатические узлы, которые остаются незамеченными больной.

При первичном сифилисе могут наблюдаться разнообразные осложнения: отек крайней плоти, вследствие чего ее невозможно или трудно открыть (фимоз); у ослабленных, злоупотребляющих алкоголем язва подчас увеличивается в размере, углублена и вызывает большие разрушения близлежащих тканей.

Больным не следует заниматься самолечением. Хотя смазывание шанкра различными мазями может ускорить его заживление, однако заболевание продолжает прогрессировать. Впрочем, язва способна зажить и без всякого лечения. Однако при любом варианте неполноценно леченый или нелеченый первичный сифилис переходит во вторичный период. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больной В., 24 лет, имел половую связь с неизвестной женщиной. Спустя 4 недели на половых органах появилась ссадина округлых очертаний, размером 3×5 миллиметров, безболезненная. Больной смазывал ее 5%-ной синтомициновой эмульсией. В этот пе-

риод по поводу ангины он по собственной инициативе принимал эритромицин. Ссадина через 10 дней зажила, и В. о ней забыл.

Спустя два месяца на коже туловища больного появилась сыпь, по поводу которой он обратился в кожный диспансер. На основании клинических данных и положительной реакции Вассермана был установлен диагноз вторичного свежего сифилиса.

Таким образом, «самолечение» привело к быстрой ликвидации проявлений первичного периода сифилиса. Болезнь же продолжала существовать и развиваться.

Обычно на 3—4-й неделе после появления язвы у больных появляются изменения в сыворотке крови — становится положительной реакция Вассермана. В дальнейшем (на 5—6-й неделе) увеличиваются лимфатические узлы — локтевые, шейные, подмышечные и др.

Всего первичный период сифилиса продолжается 5—6 недель. Крайне необходимо, чтобы больной начал лечение сразу на первых этапах существования сифилитической инфекции.

При отсутствии лечения к концу второго месяца после возникновения шанкра заканчивается первичный и начинается вторичный период сифилиса. Это прежде всего отражается на самочувствии больного: повышается температура, появляются общая слабость, бессонница, ночные сильные головные боли, боли в костях и мышцах. Обыкновенно уменьшается вес тела, развивается малокровие.

Самыми характерными проявлениями вторичного периода служат разнообразнейшие сыпи на коже и слизистых оболочках. Они представлены в виде розеол — маленьких, круглых или овальных красных пятен, которые располагаются преимущественно на животе и на груди. Такие пятна могут даже без лечения исчезнуть уже в течение нескольких недель.

Иногда появляется и другого характера сыпь — в виде больших или маленьких узелков красно-бурого цвета, поднимающихся над уровнем кожи. Ее расположение разнообразно, однако чаще наблюдается на туловище, ягодицах, ладонях, подошвах.

Особенно неприятно бывает больному, когда эта сыпь локализуется на лбу в виде так называемого «венца Венеры».

Вследствие относительно влажного состояния кожи в области половых органов и заднего прохода возникающие здесь сифилитические бугорки (папулы) увеличиваются в размерах, их поверхность разрыхляется, усиливается выпотевание жидкости. Такие мокнущие папулы, или широкие кондиломы, благодаря чрезвычайно большому содержанию спирохет и своеобразному расположению, служат главным источником распространения сифилиса половым путем.

Сыпь во вторичном свежем периоде болезни может быть представлена иногда в виде гнойных пузырьков, рассеянных по всему телу. Часто в данном периоде болезни выпадают волосы, поражаются ногти.

Описанные папулы иногда возникают не только на коже, но одновременно и на слизистой оболочке губ, полости рта, в области миндалин (сифилитическая ангина). Часто поражаются голосовые связки — возникает осиплость голоса, которая не причиняет боли. Эти безболезненные явления чрезвычайно важны в эпидемиологическом плане, так как отличаются большой заразительностью и могут способствовать распространению сифилиса не только половым, но и внеполовым путем.

Просуществовав несколько недель, сыпь, какой бы характер она ни носила, бесследно исчезает, чтобы в дальнейшем у нелеченого больного возникать как признак рецидивов вторичного сифилиса. Часто рецидивы провоцируются местными механическими раздражителями. Именно этим объясняется столь обычный возврат болезненных явлений во рту (особенно у курящих), на половых органах, голосовых связках (у певцов) и около заднего прохода.

Чем больше времени проходит от момента заражения, тем реже становятся возвраты, тем длиннее промежутки между ними.

Если больной в первый период болезни иногда пропускает ее проявления, то то же самое может произойти и во втором периоде, ибо сифилитическая сыпь

иногда малозаметна и, как правило, не причиняет ни болевых ощущений, ни зуда. К сожалению, приходится констатировать, что как раз такие незаметные и вследствие этого нелеченые случаи сифилиса вызывают впоследствии тяжелые общие поражения.

Во втором периоде сифилиса страдает не только кожа и слизистые оболочки, но и внутренние органы — печень, почки, сосуды, сердце. Особо выраженными бывают изменения нервной системы, которые могут протекать скрыто и выявляться лишь при тщательном исследовании.

В среднем второй период сифилиса продолжается 4—5 лет. Все последующее течение болезни зависит от качества лечения и соблюдения больным режима, назначенного врачом. Если наблюдается в этом плане нарушения, то сифилис переходит в следующий период, который чреват еще более серьезными осложнениями, чем первые два.

Третий, или гуммозный (гумма — плотный узел размером от 1 сантиметра и более в диаметре), период сифилиса имеет характерные черты. Во-первых, при нем преобладают поражения внутренних органов или нервной системы, а, во-вторых, кожные проявления весьма своеобразны, могут симулировать различные болезни (опухоли и др.) и, как правило, заканчиваются рубцеванием.

Частым проявлением болезни являются бугорки, которые могут располагаться на различных участках кожи. Более тяжело протекают гуммы. Это узлы (их может быть два), которые бывают обыкновенно величиной с куриное яйцо, сначала плотной консистенции, потом постепенно размягчаются и превращаются в язву. Последняя имеет характерные крутые края, грязное дно. Гумма распространяется не столько по поверхности, сколько в глубину, и ведет к значительным обезображиваниям. Печально то, что ее излюбленным местом расположения служит лицо. Здесь нередко вследствие распада костной ткани образуется седлообразный нос. При этом в носу видна одна зияющая язвенная «пещера». При дальнейшем распространении процесса на зев исчезает и последний —

образуется сплошная полость, состоящая из носа, рта и зева. Возникает картина, неприятная для окружающих больного и имеющая для него самого серьезные последствия: принимаемая им пища выходит тут же через нос, может попасть в гортань.

Понятно, что все эти явления имеют место только при отсутствии лечения и нарушениях режима (злоупотребление алкоголем, пользование наркотиками).

Самым тяжелым явлением третичного периода сифилиса служат гуммозные заболевания внутренних органов. Они могут поражать печень, почки, легкие, кости, мышцы, кровеносные сосуды, мозг, сердце, нервы.

Особую опасность для больного представляет собой заболевание аорты — основного кровеносного сосуда человека. Сифилитический процесс уменьшает ее эластичность. В результате она поддается сильному давлению текущей из сердца крови, часть ее мешкообразно выпячивается и образует так называемую аневризму. Стенки аневризмы все более и более истончаются и в конце концов под давлением крови разрываются — наступает внезапная смерть больного, находящегося нередко в самом цветущем возрасте.

Таковы тяжелые последствия мимолетной встречи, случайной половой связи и неполноценного лечения первых проявлений сифилиса.

Как долго продолжается гуммозный период сифилиса? На этот вопрос ответить довольно трудно. Бывают очень редкие случаи, когда больной до конца своей жизни совершенно свободен от каких-либо третичных проявлений. Однако, как правило, высыпания гуммозного периода повторяются через более или менее продолжительные промежутки времени в течение 20—30 лет. Иногда же спустя 30—40 лет, в продолжение которых у больного не было никаких видимых признаков болезни, внезапно возникают тяжелые поражения нервной системы.

Сифилис способен внутриутробно поражать плод. Если же от больной сифилисом матери благополучно рождается ребенок, то у него обнаруживаются разнообразные проявления болезни. На коже, особенно на

ладонях и подошвах, располагаются пузырные высыпания. При их подсыхании образуются корочки. В других случаях сыпь появляется в более позднем периоде жизни ребенка и представлена пятнами, папулами, расположенными на ягодицах, бедрах, лице, в области половых органов, на ладонях и подошвах. Как и у взрослых, у ребенка могут появляться весьма заразительные мокнущие папулы, преимущественно около заднего прохода и на половых органах.

Часто поражаются слизистые оболочки. Больные дети обыкновенно не могут дышать через нос, так как они страдают характерным специфическим насморком. Вследствие этого с трудом сосут грудь, кричат еле слышно, голосок у них хриплый из-за распространения сифилитического процесса на слизистую оболочку гортани. Новорожденные, страдающие сифилисом, очень слабого здоровья.

Врожденный сифилис может проявляться в более позднем возрасте с 5—10—20 и даже 30 лет. При этом у больных часто наблюдается так называемая триада Гетчинсона — комбинация следующих трех явлений: изменение зубов (серповидно изъеденные края верхних резцов), помутнение роговицы и глухота.

Излечим ли сифилис? На этот вопрос можно ответить следующим образом: если больной своевременно обращается за медицинской помощью и строго соблюдает режим, он может полностью освободиться от сифилитической инфекции.

Теперь расскажем еще об одном заболевании — трихомонозе, которое относительно недавно было отнесено к венерическим, то есть передающимся половым путем. В прошлом существовало неправильное мнение, что трихомонозом можно заразиться неполовым путем. Однако эта точка зрения была отвергнута.

Возбудителем болезни является влагалищная трихомонада. Это простейшие одноклеточные микроорганизмы, имеющие жгутики. При высыхании трихомонады гибнут через 30 минут. Во влажной среде (губки и другие предметы) они сохраняют свою жизнедеятельность в течении 1—2 часов.

Инкубационный период трихомоноза колеблется от

3 до 11 дней. Развитию заболевания способствуют воспалительные процессы мочеполовых органов.

Проявление трихомонозной болезни разнообразно. У мужчин могут быть выделения из мочеиспускательного канала (очень скудные, либо значительные). Иногда больные жалуются на резь, неприятные ощущения в уретре. Может поражаться задняя часть мочеиспускательного канала, шейка мочевого пузыря, предстательная железа, семенные пузырьки, придатки яичек. В этих случаях возникают симптомы, напоминающие осложненную гонорею.

Несвоевременное обращение к врачу способствует переходу свежего трихомоноза в хроническую форму. Тогда болезнь протекает без выраженных внешних проявлений, однако периодически наступают обострения — возникают неприятные ощущения в уретре, появляются выделения, умеренная резь при мочеиспускании.

Диагноз трихомоноза устанавливается на основании обнаружения возбудителя в отделяемом из уретры, секрете предстательной железы, семенных пузырьков, семенной жидкости при микроскопическом исследовании либо при засеве на питательные среды.

Трихомоноз у женщин развивается через 1—12 дней после заражения. Больные обращаются к врачу по поводу беловато-сероватого цвета выделений из влагалища — пенистых белей. Они вызывают зуд и жжение. Вследствие длительно существующих выделений могут развиваться остроконечные кондиломы, напоминающие бородавки.

Трихомоноз поражает не только влагалище; в процесс может вовлекаться матка, ее придатки, тазовая брюшина. Несвоевременное лечение способствует переходу заболевания в хроническую форму, когда время от времени наступают обострения. Обострение проявляется во время беременности. Заметим, кстати, что трихомоноз способен вести к нарушению менструального цикла, маточному кровотечению, выкидышам, бесплодию. Последнему способствует то обстоятельство, что влагалищная трихомонада является, по-видимому, паразитом и фагоцитирует (пожирает) живые сперматозоиды.

Трихомоноз — излечимое заболевание, и чем раньше больной обращается за медицинской помощью, тем быстрее удается достигнуть выздоровления. В период лечения необходимо воздерживаться от половой жизни. Кроме того, весьма важно одновременное лечение обоих супругов.

В заключение данного раздела следует сказать, что проблема венерических болезней теснейшим образом связана с вопросами брака. Разводы, бесплодные браки, рождение нежизнеспособных детей, внематочная беременность и многое другое являются подчас следствием занесения в семью венерической болезни.

Серьезного внимания заслуживает вопрос о проявлениях гонореи в условиях семейной жизни, влияния венерических болезней на половую функцию и потомство, а также допустимости вступления в брак переболевших.

Чаще всего заболевание, переданное одним из супругов, протекает остро. Иногда гонорея может существовать в скрытой («смягченной») форме. Возникает так называемая «семейная гонорея», характеризующаяся вялотекущим течением, но чреватая серьезными осложнениями.

Из сказанного становится совершенно очевидным, что если один из супругов имел постороннюю случайную половую связь, необходимо немедленно обратиться к врачу для принятия соответствующих профилактических мер.

При заболевании единственно правильным выходом из возникшего затруднительного положения является откровенное признание со стороны виновного. Совершенно непростительно и преступно поведение супруга, который, зная о своей болезни, не отказался от половой жизни и сознательно причинил вред здоровью близкого человека.

Следует особо указать, что беременность и роды часто обостряют течение хронической формы женской гонореи, вызывая такие серьезные осложнения, как воспаление матки, труб, яичников, брюшины.

Нелеченая или плохо леченая гонорея вызывает воспалительные процессы в трубах и яичниках женщины

либо в яичках и семявыносящих протоках у мужчин, что становится причиной бесплодия.

Моральный, физический и экономический ущерб, наносимый венерическими заболеваниями, диктует необходимость проведения большого комплекса профилактических мер. Для этого в СССР созданы все необходимые условия. В стране развита широкая сеть специализированных лечебно-профилактических учреждений — кожно-венерологические диспансеры, венкабинеты. Врачи этих учреждений выявляют больных и источники их заражения, проводят полноценное лечение, совместно с акушерами-гинекологами и другими специалистами осуществляют широкие оздоровительные мероприятия.

Хотя внеполовая передача венерических болезней наблюдается редко, тем не менее следует избегать пользоваться чужим полотенцем, зубной щеткой и другими предметами личной гигиены. Важно остерегаться докуривания чужих сигарет, поцелуев с незнакомыми людьми.

Следует особо подчеркнуть, что если уж человек имел случайную половую связь, необходимо немедленно обратиться в пункт скорой противовенерической помощи, либо к врачу-венерологу. Тем более необходимо явиться в лечебное учреждение при появлении на половых органах, слизистых оболочках язвочек или разнообразной другой сыпи.

В целях предупреждения распространения венерических заболеваний имеет также большое значение обследование членов семьи заразившегося, беременных женщин, всех работающих в сфере обслуживания. Исключительно большое значение имеет проведение полового воспитания в семье, школе как важнейшего фактора, способствующего предупреждению венерических болезней.

Считаем, наконец, возможным указать, что успешной борьбе с венерическими заболеваниями способствует и наше законодательство. Согласно статье 115 УК РСФСР человек, знающий, что он болен венерической болезнью, и, несмотря на это, заразивший другого, «наказывается лишением свободы на срок до трех

лет или исправительными работами на срок до одного года».

Кроме того, уклонение от лечения венерической болезни, продолжаемое после предупреждения, сделанного органами здравоохранения, наказывается лишением свободы на срок до двух лет, или исправительными работами на срок до одного года, или штрафом до ста рублей.

Мужское бесплодие

Долгие годы ответственность за бесплодный брак обычно возлагали на женщину. В настоящее же время врачи, проводя обследование мужей и, в частности, изучая в лабораторных условиях семенную жидкость, выявили, что в ряде случаев супруги остаются без детей из-за бесплодия мужа.

Бесплодие бывает у мужчин как секреторным, когда нарушено образование семени в яичках, так и экскреторным, при котором образующееся семя плохо выводится по семявыносящим путям. Как первое, так и второе может быть врожденным и приобретенным в процессе жизни.

Секреторное бесплодие врожденного происхождения вызывается различными аномалиями яичек: врожденным недоразвитием половых органов (первичный гипогонадизм), крипторхизмом (неопущение яичек в мошонку). Секреторное бесплодие оказывается приобретенным в результате воздействия на сперматогенный эпителий яичек различных неблагоприятных факторов: длительных охлаждений тела, инфекционных заболеваний, влияния радиоактивных излучений или рентгеновых лучей.

Как правило, у 25% обращающихся к врачам по поводу бесплодия мужчин причиной этого дефекта служит перенесенный ранее инфекционный паротит (свинка), сопровождавшийся двусторонним орхитом. Вот почему очень важно раннее обращение к врачу при подозрении на свинку — появление припухлости в области подчелюстных слюнных желез. Причинами мужского беспло-

дия, хотя и реже, могут быть другие инфекционные болезни: тиф, туберкулез, малярия, сифилис, грипп.

Дело в том, что осложнением указанных болезней бывают не только воспаление яичка (орхит), но и токсическое воздействие инфекционного агента на сперматогенный эпителий яичка без явных признаков орхита. Следует учитывать, что чем моложе пациент, тем больше ему угрожает вредное воздействие инфекционного заболевания на яички, особенно в период полового созревания или до него.

К нарушению сперматогенеза в результате повышения местной температуры в яичке способно привести само по себе, без инфекции, длительное повышение температуры тела. На этот фактор приходится обращать внимание у длительно подвергающихся воздействию высокой температуры на производстве.

Отрицательно влияют не плодовитость такие виды хронической интоксикации как злоупотребление алкоголем и курение. При первом в яичках происходит жировое перерождение семенных канальцев и разрастание на их месте соединительной ткани, которая в таком случае замещает паренхиму яичек. Врачи-наркологи отмечают значительную частоту бесплодия у хронических алкоголиков.

У курильщиков со стажем также бывает нарушена способность к оплодотворению, хотя эта способность после прекращения или значительного ограничения курения восстанавливается.

Ведут к бесплодию и изменения в семенных железах, вызванные, как это ни странно звучит, нерациональным питанием, например, недостатком витаминов в пище. Ученые установили, что для нормального развития и фукции яичек важное значение имеют витамины А и Е. Оба эти витамины стимулируют сперматогенную функцию яичек, а витамин А поддерживает еще и половое влечение.

Для нормальной сперматогенной функции яичка немаловажное значение имеет достаточное его кровоснабжение. Клинически установлено, что те заболевания, при которых ухудшается кровообращение в яичке, не так уж редко сопровождаются изменениями его внешнесек-

реторной функции, а при двустороннем патологическом процессе приводят к бесплодию.

К заболеваниям, вызывающим такие нарушения, врачи относят варикозное расширение вен семенного канатика (варикоцеле), а также перекрут семенного канатика.

В другом плане можно говорить про экскреторные формы мужского бесплодия, при которых нарушено не образование семени в яичках, а его выведение по придатку, семявыносящему протоку, семенному пузырьку, мочеиспускательному каналу.

На каждом из указанных участков семяновыносящих путей возможно образование препятствия к прохождению семенной жидкости врожденного или приобретенного характера.

Так, врожденный дефект задней стенки мочеиспускательного канала (гипоспадия) или передней стенки (эписпадия) служит причиной того, что извергающаяся из неправильно расположенного наружного отверстия канала сперма не попадает во влагалище, а изливается перед ним.

Экскретное бесплодие развивается также при аномалиях и заболеваниях придатков яичка. Двусторонние их аномалии в виде гипоплазии (уменьшение размеров), аплазии (врожденное отсутствие) или облитерации (врожденное отсутствие просвета в придатках) бывает редко. Чаще к бесплодию ведут воспалительные заболевания придатков яичка — двусторонний эпидидимит.

В результате перенесенного специфического (гонорейного или туберкулезного) эпидидимита могут остаться рубцовые изменения, которые резко нарушают продвижение сперматозоидов по просвету придатка. При двустороннем патологическом процессе наступает бесплодие.

Поэтому так важно при первых же симптомах воспаления или повреждения придатка яичника немедленно обратиться за медицинской помощью. Естественно, чем раньше начато лечение, тем большая вероятность полного восстановления проходимости придатка яичка.

Нельзя забывать и о важности упорядочения половой жизни, своевременного начала лечения уретрита любого происхождения, исключения возможности местного переохлаждения (например, сидение на холодной земле), ношения суспензория или эластичных трусов типа плавок. Особенно все это касается мужчин, которые уже перенесли односторонний эпидидимит.

Причиной бесплодия бывают, однако реже, аномалии семявыносящего протока, его воспалительные заболевания (в основном туберкулезного характера) и повреждения (при травме органов мошонки, при грыжесечении).

Хронические воспалительные процессы в предстательной железе и семенных пузырьках также подчас ведут к бесплодию, так как в таком случае нарушается состав секрета этих органов и тогда понижается активность сперматозоидов в семенной жидкости.

Врач ставит мужчине диагноз бесплодия только после того, как проведет несколько этапов обследования. Первым и основным этапом является исследование под микроскопом спермы.

Известно, что в норме в одном миллилитре семенной жидкости содержится примерно 60 миллионов сперматозоидов, около 80% которых активно двигаются. Объем эякулята, то есть семени, извергнутого в результате эякуляции, обычно равен двум — шести миллилитрам. При повторных половых сношениях, если они производятся спустя короткое время, объем эякулята уменьшается.

Выявленные в семени при исследовании под микроскопом отклонения от нормы могут быть в виде азооспермии, олигозооспермии, некроспермии, гемоспермии.

Про **азооспермию** говорят тогда, когда в эякуляте отсутствуют сперматозоиды. Она может быть истинной (секреторной) — при ней сперматозоиды не вырабатываются яичками, и ложной (экскреторной) — яички вырабатывают сперматозоиды, но последние не в состоянии выделиться наружу, ибо в каком-либо участке семявыносящих путей существует препятствие.

Под **олигозооспермией** врачи подразумевают недостаточное количество сперматозоидов в эякуляте. Уста-

новлено, что если в одном миллилитре эякулята содержится менее 20 миллионов сперматозоидов, то уже возможно бесплодие. Так бывает вследствие понижения продукции сперматозоидов при врожденных аномалиях яичек, интоксикациях, травмах или воспалительных заболеваниях обоих яичек.

Диагноз **некроспермии** ставится при выявлении нежизнеспособности сперматозоидов. Такое явление возникает при заболеваниях придатка яичка, предстательной железы или семенных пузырьков, когда сперматозоиды, будучи вполне нормальными, гибнут в семявыносящих путях в результате неблагоприятных условий, таких как воздействие продуктов воспалительного процесса, изменения реакции среды.

О **гемоспермии** врачи говорят в случае обнаружения примеси крови в моче при заболеваниях придатка яичка, предстательной железы, семенных пузырьков или мочеиспускательного канала. При этом иногда отмечается и бесплодие.

Есть еще одно отличное от предыдущих патологическое состояние, которое приводит к мужскому бесплодию. Оно называется **асперматизмом** и заключается в полном отсутствии эякулята. При асперматизме оргазм не влечет за собой эякуляцию, то есть семяизвержение, хотя все составные части спермы половыми органами вырабатываются. Данное состояние может иметь механическое и нервно-психическое происхождение (при заболеваниях спинного мозга, нервных корешков, регулирующих эякуляционную функцию).

Когда врач выявляет у мужчины патологические изменения в сперме, он предпринимает дальнейшее обследование пациента при помощи эндоскопии, рентгеноскопии, а в некоторых случаях даже прибегает к биопсии яичка.

Лечение мужского бесплодия состоит из воздействия общими факторами, лекарственной терапии и тех или иных хирургических вмешательств в зависимости от показаний.

Естественно, не обходится и без общих мер воздействия на организм мужчины. Имеется в виду общеукрепляющий режим, в том числе ежедневная гигиени-

ческая зарядка, водные процедуры, пешие прогулки на чистом воздухе, рациональное питание. При ожирении необходима диета, способствующая снижению массы тела. От пациента требуется отказ от курения и приема алкоголя.

Необходимо устранить и все другие общие факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на продукцию спермы: хронические воспалительные очаги в организме и в особенности в мочеполовых органах, таких, как предстательная железа, семенные пузырьки, мочеиспускательный канал.

Применение лекарств при мужском бесплодии зависит от его формы. Так, при олигозооспермии, которая бывает обусловлена длительным спастическим состоянием семявыносящих путей, врач назначает противоспазматические средства (папаверин, но-шпа и т. д.). Подобное лечение устраняет спастическое сокращение мышц семявыносящих или семявыбрасывающих протоков при оргазме и более полной эякуляции.

В определенных случаях врачи назначают пациентам гормональные препараты. Здесь только следует предостеречь больных от попыток самостоятельного, без назначения врача, приема гормональных да и других лекарственных препаратов. Все они имеют свои строгие показания и их вмешательство в гормональный баланс организма должно быть обосновано.

Хирургическое лечение мужского бесплодия применяется при экскреторных его формах, чаще при непроходимости семявыносящих путей врожденного или приобретенного происхождения.

Наконец следует сказать, что при бесплодном браке необходимо обратиться к врачу обоим супругам. Бесплодным брак считается тогда, когда в течение двух лет супружеской жизни без использования противозачаточных средств беременность не наступает.

В случае действительного наличия у женщины или мужчины заболеваний половых органов раннее обращение к врачу-специалисту и своевременное начало лечения сулят более благоприятный прогноз.

Заключение

Итак, пубертатный период, то есть период полового созревания, в среднем начинается в 12—13 лет, а заканчивается — в 20—25. Следовательно, половое воспитание нужно начинать до 12 лет.

Ознакомление ребенка с процессами размножения должно происходить постепенно, начиная с размножения низших организмов, растений и животных, с тем, чтобы переход к рассмотрению анатомических и физиологических особенностей человека произошел совершенно естественно. Объяснение строения органов половой системы и их функций нужно давать совершенно естественно, с такой же полнотой и так же подробно, как и объяснение всех остальных систем и функций человеческого тела. У организма нет постыдных органов и функций, и менее всего такими могут считаться органы, воспроизводящие жизнь. Постыдными и недостойными могут быть только невежество и предрассудки, все еще продолжающие проявляться с удивительным упорством в отношении некоторых людей к половой жизни. При рассмотрении естественных процессов жизни нельзя допускать ни малейшего лицемерия и ханжества. Говоря о половых органах и их функциях без неуместного здесь смущения и стыда, мы тем самым научим юношей и девушек воспринимать их не только как совершенно нормальное и естественное биологическое явление, но и как нечто такое, чему в силу его важности и необходимости следует уделять особые заботу и внимание. Только так мы сможем научить молодых людей относиться с необходимой серьезностью и уважением к половой жизни.

Ознакомление с вопросами гигиены в период полового созревания должно происходить до появления самих признаков зрелости с целью предотвращения вредного психического травмирования молодого человека. Нет нужды вести беседы на половые темы в виде каких-то специальных лекций или курсов. Лучше всего, если все необходимые сведения и разъяснения будут даваться на фоне нравственного воспитания.

Нужно открыто и откровенно рассматривать вопросы о начале полового общения, об опасностях, связанных с лег-

комысленным отношением к половым связям, влекущим за собой и раннюю беременность, и аборты, которые могут стать причиной бесплодия, и венерические болезни.

Естественно, лучший метод воспитания детей — положительный пример поведения их родителей. В дружной семье, в которой родители не на словах, а на деле уважают моральные принципы социалистического общества, дети будут с должным вниманием относиться к советам, касающимся взаимоотношений между юношами и девушками.

Работа по половому воспитанию особенно необходима среди старшеклассников и студентов вузов, многие из которых считают себя вполне сформировавшимися и достигшими половой зрелости. Молодым людям хочется не столько слушать нравоучения, сколько высказывать свое мнение, полемизировать. И с этим нужно считаться. Откровенный диалог между отцом и сыном, матерью и дочерью, когда каждый высказывает свое мнение, например, при обсуждении поведения того или иного литературного героя, постепенно направляемый старшим в нужное русло (если, конечно, родители при этом будут играть роль старших товарищей), совместная попытка дать определение таким понятиям, как половая, психологическая и социальная зрелость, может быть одним из методов полового воспитания.

Возникает вопрос: когда же заканчивать половое воспитание? С окончанием пубертатного периода, то есть в 25 лет? Опыт работы сексологов и сексопатологов подсказывает, что о гигиене и физиологии пола нужно говорить даже с теми, у кого уже наступило половое созревание и даже с достигшими более старшего возраста. Вот почему мы позволили себе останавливать внимание читателя на вопросах половой жизни взрослых. Если же с этой информацией познакомятся юноши и девушки, готовящиеся к вступлению в брак, то, по нашему глубокому убеждению, она пойдет им на пользу.

Половое воспитание, как любое другое, должно продолжаться на протяжении всей жизни человека. Тогда можно будет избежать многих дисгармоний в половой жизни, которые встречаются не так уж редко.

Заканчивая брошюру, хотелось бы обратиться к ро-

дителям: если вы хотите, чтобы ваши дети были счастливы в супружестве, уважали бы друг друга и вас, родителей, прививайте им с раннего детства высокие чувства уважения к семье как к ячейке нашего передового общества.

В настоящее время возрастает роль как родителей, так и учителей в воспитании у молодежи правильных представлений и твердых понятий о сущности взаимоотношений между молодыми людьми, между мужчинами и женщинами.

Литература

Беледа Р. В., Богданович Л. А., Лапик В. М. Гигиенические советы вступающим в брак. М., «Знание», 1980.

Беледа Р. В., Фотина Л. А. Семья и здоровье. М., «Знание», 1984.

Богданович Л. А., Лапик В. М. Половое воспитание подростков. М., «Знание», 1973.

Коваленко Р. М. Добрая сила доверия. М., Политиздат, 1976.

Кон И. С. Психология юношеской дружбы. М., «Знание», 1973.

Кочетков В. Д., Лапик В. М. Психология и гигиена пола. Под ред. В. Н. Колбановского. М., «Медицина», 1971.

Лопаткин Н. А., Мазо Е. Б., Шабад А. Л. Здоровье мужчины. М., «Знание», 1976.

Пирадова М. Д. Гигиена девушки. — В сб.: «Вам, девушки». М., Медгиз, 1960, с. 19—38.

Рюриков Ю. Б. Трудность счастья (любовь и молодая семья). М., «Знание», 1977.

Скрипкин Ю. К., Хононова О. Е. Виновата ли Венера? М., «Знание», 1975.

Сысенко В. Психологические факторы укрепления межличностных отношений молодых супругов. — В кн.: Молодая семья. М., «Статистика», 1977, с. 67—72.

Трутнев И. А., Ходаков Н. М. О семье и браке. М., «Медицина», 1966.

Хрипкова А. Г., Богданович Л. А., Шибаева А. Н. Продолжим разговор на трудную тему. М., «Педагогика», 1973.

Юнда И. Ф. Проблемы сексопатологии и бесплодия. Киев, 1973.

Юнда И. Ф. Гармония и дисгармонии в супружестве. М., «Знание», 1983.

Содержание

Иваи Федорович ЮНДА,
Юрий Констаитинович СКРИПКИН,
Ефим Давыдович МАРЬЯСИС
ПОГОВОРИМ ОТКРОВЕННО
(Вопросы полового воспитания)

Главиый отраслевой редактор А. Нелюбов
Редактор Б. Самарин
Мл. редактор Л. Щербакова
Художиик В. Савела
Худож. редактор М. Гусева
Техи. редактор А. Красавина
Корректор И. Казеко

ИБ № 7506

Сдано а набор 05.02.85. Подписано к печатн 04.02.85. А09147. Формат бумагн 70×100¹/₃₂. Бумага тнп. № 3. Гарнитура журнально-рубленая. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,90. Усл. кр.-отт. 8,12. Уч.-нзд. л. 4,83. Тнраж 1 458 350 экз. Заказ 1521. Цена 15 коп. Издательстао «Знанне». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Сероаа, д. 4. Индекс заказа 856305. Ордена Трудового Красного Знамени Калнннискнй полнграфнческнй комбннат Союзполнграфпрома прн Государстаенном комнтете СССР по делам нздательста, полнграфнн н кннжной торгоалн. 170024, г. Калнннн, пр. Леннна, 5.

15 коп. Индекс 70063

ДОРОГОЙ ЧИТАТЕЛЬ!

Если вы подписались на «Факультет здоровья» не только на первое, но и на второе полугодие 1985 года, то получите еще брошюры:

№ 6. В. Е. Поляков. Лимфатическая система у детей;

№ 7. И. В. Боград. Труд, возраст, здоровье;

№ 8. Г. Б. Миринов. Профилактика туберкулеза легких;

№ 9. А. М. Капитаненко. Профилактика болезней поджелудочной железы;

№ 10. А. В. Быховский. Гигиена повседневного быта;

№ 11. М. А. Жуковский. Нарушения обмена веществ: профилактика;

№ 12. И. В. Галина. Алкоголь и дети.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»